IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 48)**

z dnia 29 listopada 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 48)

29 listopada 2022 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat wyników projektu PolSenior2 realizowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. **Tomasz Zdrojewski** kierownik projektu PolSenior2 wraz ze współpracownikami, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji Adaptacja, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Rafał Sapuła** oraz **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Andrzej Kniaziowski** oraz **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Otwieram 48. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Witam serdecznie wszystkich państwa. Witam państwa posłów. Witam również zaproszonych gości. Są z nami pan Waldemar Kraska sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witamy serdecznie pana ministra wraz z zespołem. Obecni są również pan prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski kierownik projektu PolSenior2 reprezentujący Gdański Uniwersytet Medyczny, profesor dr hab. Tomasz Grodzicki z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, profesor dr hab. Tomasz Kostka Uniwersytet Medyczny w Łodzi, doktor n. med. Hanna Kujawska-Danecka Gdański Uniwersytet Medyczny, doktor Ewa Kwiatkowska Akademia Leona Koźmińskiego, doktor n. przyr. Bogdan Wojtyniak Narodowy Instytut Zdrowia, pan Adrian Lange Gdański Uniwersytet Medyczny. Witam również panią dr Elżbietę Ostrowską przewodniczącą Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, pana Jerzego Płókarza prezesa Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Witam serdecznie pana Kordiana Kulaszewicza z Fundacji Adaptacja, członka prezydium Rady do spraw Polityki Senioralnej przy ministrze rodziny i polityki społecznej. Witam pana Mateusza Czarnowskiego pełnomocnika wojewody kujawsko-pomorskiego do spraw polityki senioralnej. Witam również ekspertów, jest z nami pani prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis ekspert, doradca stały Komisji. Witam serdecznie, pani profesor.

Szanowni państwo, otrzymaliście państwo zawiadomienie o posiedzeniu. Czy są pytania do porządku dziennego? Takich pytań nie widzę i nie słyszę. Zatem stwierdzam przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Uprzejmie proszę pana ministra Waldemara Kraskę sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, a następnie pana profesora Tomasza Zdrojewskiego kierownika projektu PolSenior 2 o przedstawienie wyników projektu realizowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Uprzejmie poproszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, może na początek powiem o samym projekcie, bo myślę, że wyniki przedstawią państwu szczegółowo panowie profesorowie. Jaki był cel tego projektu? Po pierwsze, chcieliśmy zbadać sytuację epidemiczną osób starszych w Polsce w zakresie obszarów stanu zdrowia, ale także dostarczenia wiedzy na temat efektywnych, najbardziej kluczowych rozwiązań w zakresie polityki senioralnej, rozpoczynając od pojęć kierunków działań na rzecz poprawy zdrowia osób starszych, w tym organizacji systemu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Realizatorem tego projektu był Gdański Uniwersytet Medyczny, który został wybrany w trybie konkursowym w roku 2017. Lata realizacji tego projektu to jest rok 2017–2020. Z budżetu projektu przekazaliśmy 11 721 598 zł. Środki, które zostały wydane na ten projekt to jest 10 918 079 zł.

W roku 2017 odbyły się badania pilotażowe, a w latach 2018–2019 wykonano badania na reprezentatywnej próbie na terenie całego naszego kraju. W latach 2020–2021 były analizowane dane, przygotowano publikację, monografię oraz rekomendację. Głównym efektem prowadzonych badań projektowych są dwa dokumenty, mianowicie: monografia PolSenior 2 – Badania poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości zdrowia i związanych ze zdrowiem oraz rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów.

Przewiduje się, że zachodzące zmiany demograficzne do roku 2050 spowodują istotny wzrost w Polsce liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Zgodnie z prognozami populacja osób w starszym wieku wzrośnie o prawie 4,5 mln; w 2017 r. była to liczba 9 mln 200 tys. Prognozuje się, że w roku 2050 osób tych będzie 13,7 mln, co będzie stanowić około 40% ludności naszego kraju.

Osoby starsze jak wiemy jest to grupa, która ma specyficzne zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze, ale także zapotrzebowanie w tej grupie wiekowej jest największe. Tak dynamiczny wzrost liczby seniorów przy niskiej liczbie urodzeń spowoduje, że sprostanie potrzebom opiekuńczym osób starszych staje się ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia, ale także dla systemu pomocy społecznej.

Według Eurostatu średnia długość życia w zdrowiu w 2018 r. w Polsce wynosiła dla kobiet 64,3 lat, a dla mężczyzn 60,5 lat. Oczekiwanie trwania życia w zdrowiu w momencie narodzin w Polsce jest poniżej średniej europejskiej. Dla porównania, średnia oczekiwana długość życia w zdrowiu w Europie wynosi 65 lat dla kobiet i 64,4 lat dla mężczyzn. Tu jest wyraźna różnica, jeżeli chodzi o płeć męską. W Polsce mężczyźni przeciętnie przeżywają w zdrowiu 82,1% życia, co odpowiada mniej więcej średniej europejskiej wynoszącej 82,2%. Natomiast kobiety przeciętnie przeżywają w zdrowiu 78,7% życia i to jest powyżej średniej europejskiej, która wynosi 77,7%.

Według Głównego Urzędu Statystycznego w latach 1991–2019 przeciętne trwanie życia wydłużyło się dla mężczyzn o 8,2 roku, a dla kobiet o 6,7 roku. Tak znaczny wzrost osiągnięto poprzez istotny postęp w zmniejszeniu ogólnego poziomu umieralności zarówno mężczyzn, jak i kobiet, w tym bardzo istotne znaczenie miał wyraźny spadek umieralności niemowląt. W 2019 r. w Polsce mężczyźni żyli średnio 18 lat dłużej niż w połowie ubiegłego stulecia, a kobiety o ponad 20 lat dłużej.

Plan przygotowania się na szybko zachodzące zmiany demograficzne powinien być opracowany na podstawie rzetelnych danych opisujących potrzeby społeczne. Taką możliwość daje realizacja badania PolSenior 2. Ponadto po zestawieniu olbrzymich wyników z danymi uzyskanymi w badaniu PolSenior 1, po raz pierwszy w naszym kraju możliwe będzie przeprowadzenie oceny trendów w występowaniu głównych czynników zdrowotnych i społecznych oraz prognozowanie na temat zdrowotnej sytuacji osób starszych w przyszłości.

Realizacja badania PolSenior 2 umożliwia: po pierwsze, monitorowanie sytuacji osób starszych: po drugie, monitorowanie oceny stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanym ze zdrowiem naszego społeczeństwa. Ponadto wyniki uzyskane w badaniu PolSenior2 mogą stanowić wsparcie w projektowaniu efektywnych działań związanych z podnoszeniem jakości życia seniorów i w realizacji założeń dokumentów strategicznych odnoszących się do sytuacji osób starszych, zwłaszcza w aspek-

tach związanych z sytuacją zdrowotną i społeczno-ekonomiczną seniorów. Dane zebrane dzięki realizacji badania PolSenior 2 z pewnością umożliwią trafniejsze wyznaczanie kierunków polityki senioralnej w kraju oraz lepsze projektowanie działań dedykowanych osobom starszym (wskazując jednocześnie niektóre interwencje, które powinny być podejmowane we wcześniejszych etapach życia, aby umożliwić w wieku starszym jak najdłużej zachowanie zdrowia i niezależności).

Należy nadmienić, że realizacja badania PolSenior 2 zgodna jest również z kierunkami polityki senioralnej Unii Europejskiej. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie „Strategie i plan działania w sprawie zdrowotnego starzenia się w Europie na lata 2012–2020" wskazuje, że gwarantem odpowiedniej realizacji zadań na rzecz osób starszych są odpowiednio przygotowane kadry, a także wystarczająca liczba geriatrów, gerontologów oraz pracowników innych grup zawodowych. Wśród ważnych kwestii wskazuje także: racjonalne wykorzystanie zasobów i środków finansowych, wykorzystanie nowych zdobyczy nauki poprzez inwestycje i rozwój badań, wprowadzenie innowacji do wszystkich obszarów życia, konieczność wspierania nauki, aby stanowiła uzasadnienie podejmowanych działań.

Badaniami PolSenior 2 objęto reprezentatywną grupę, która wynosiła 5987 mieszkańców Polski w wieku 60 i więcej lat. Jest to zakres od 60 lat do 106 lat i prowadzone były w okresie od września 2018 r. do grudnia 2019 r. Respondenci zostali wylosowani przez Ministerstwo Cyfryzacji. Badaniem objęto mieszkańców wszystkich województw. Analizy przeprowadzono także pod względem miejsca zamieszkania, wieś, miasto poniżej 20 tys., miasto 20–50 tys., także miasto 50–200 tys. i 200–500 tys. no i oczywiście miasta powyżej 500 tys. mieszkańców oraz badano także pod względem poziomu wykształcenia. Badania obejmowały aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne, istotne dla oceny stanu zdrowia osób starszych. Badanie opierało się na badaniach terenowych realizowanych w formie trzech wizyt domowych u seniorów w wieku 60+, przeprowadzonych przez 507 przeszkolonych głównie pielęgniarek, które poza zebraniem obszernego wywiadu socjo-medycznego o obecnej sytuacji seniorów pobierały również materiał biologiczny do badania, który umożliwił zbadanie rzeczywistego stanu zdrowia seniorów.

W badaniu PolSenior 2 zastosowano następujące badania medyczne. Po pierwsze, kwestionariusz medyczny, który zawierał pytania dotyczące przebytych, rozpoznanych przez lekarza chorób lub objawów chorobowych. Także kwestionariusz społeczno-ekonomiczny to badanie ankietowe, który obejmował ocenę sytuacji rodzinnej, potrzeb w zakresie opieki i pielęgnacji respondentów. Także test i skale stosowane współcześnie w geriatrii, wchodzące w skład Kompleksowej Oceny Geriatrycznej. Ponadto 36 badań laboratoryjnych krwi i moczu. Zakres badań obejmował m.in. ocenę poziomu glukozy, hemoglobiny glikowanej, funkcji wątroby, występowania zaburzeń lipidowych, gospodarki wapniowo-fosforanowej, funkcji nerek, występowania niedokrwistości oraz były wykonywane pomiary. Mówimy tu o pomiarach ciśnienia krwi, akcji serca, oceny siły uścisku dłoni, pomiary antropometryczne, w tym także mierzono masę mięśniową, której utrata jest jedną z głównych przyczyn niesprawności i rosnącego zapotrzebowania na opiekę.

Kilka zdań o rekomendacjach, które są znamienne. Zaraz państwo profesorowie je dokładnie przedstawią.

Po pierwsze, koordynacja i nadzór nad pomocą społeczną i opieką medyczną starzejącego się społeczeństwa powinno być jednym z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. W perspektywie przedstawionych prognoz myślę, że z roku na rok sytuacja, iż nasze społeczeństwo starzeje się powinna być coraz bardziej widoczna. Będzie coraz więcej osób starszych, więc powinniśmy się na to przygotować. Niezbędne będą zmiany organizacyjne, jeżeli patrzymy na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną. Myślę, że należy zintegrować te dwie organizacje. Także myślę, że za naczelne wyzwanie dla polityki senioralnej należy uznać stworzenie pewnego systemu usług dla osób starszych, które ze względu na swoje potrzeby mają inny charakter niż dla osób młodszych i w lepszym stanie ogólnym zdrowia. Niezależnie od ustawowej granicy wieku emerytalnego

należy stworzyć starszym pracownikom atrakcyjne możliwości kontynuowania zatrudnienia po jej przekroczeniu.

Spójrzmy także na opiekę geriatryczną, aby spełniała właściwie swoje funkcje, powinna być rozwijana równolegle w zakresie wyspecjalizowanej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Za docelowy model należy uznać system łączenia opieki podstawowej (geriatria plus lekarz rodzinny), który będzie posiadał solidne wykształcenie i także wiedzę geriatryczną. System opieki geriatrycznej powinien dążyć do modelu, w którym niepełnosprawna osoba starsza potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu po pobycie w szpitalu zostanie objęta rehabilitacją geriatryczną, aby mogła dość szybko wrócić do swojego środowiska domowego. Oddziały szpitalne powinny ściśle współpracować z ambulatoryjnymi centrami opieki senioralnej prowadzącymi opiekę dzienną, domową lub koordynującą pomoc społeczną z opieką zdrowotną. Centra prowadziłyby dzienne domy opieki medycznej, geriatryczny zespół opieki domowej oraz rehabilitację geriatryczną, a ich podopiecznymi powinni być seniorzy w wieku 75 i więcej.

W celu usprawnienia organizacji opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi koniecznie jest wprowadzenie koordynatora opieki – osoby odpowiedzialnej za koordynację opieki medycznej i socjalnej.

Pani przewodnicząca, dziękuję za uwagę. Myślę, że teraz szczegóły i wnioski z tego bardzo ważnego tematu przedstawią autorzy, którzy przeprowadzali to badanie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze, za przedstawienie informacji.

W trakcie dołączył do nas ekspert, doradca stały Komisji pan dr Rafał Sapuła. Witamy, panie doktorze, serdecznie.

Uprzejmie proszę o przedstawienie informacji na temat projektu pana prof. Tomasza Zdrojewskiego, który jest kierownikiem projektu.

Powiem państwu, że było mi dane jako przewodniczącej Komisji kilka miesięcy temu spotkać się z panem dyrektorem, z panem profesorem Zdrojewskim, z panem profesorem Godzickim, gdzie mogłam poznać jeszcze przed wydrukiem tego, co udało się uzyskać w trakcie przeprowadzenia badań. Mogłam zapoznać się z takimi wstępnymi ustaleniami. Cieszę się bardzo, że możemy się spotkać i możemy omówić. To jest niezwykle istotne, co udało się ustalić zespołowi. Bardzo proszę, panie profesorze.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, wszyscy szanowni państwo, pan minister podsumował takie executive summary z całego tego projektu, pięciu lat pracy. Postaramy się teraz trochę niektóre czynniki, niektóre elementy tego co przedstawił pan minister wzmocnić i omówić w tej prezentacji w gronie autorów projektu.

Proszę państwa, 9 lat temu zaprosiliśmy dyrektor Zuzannę Jakab WHO Europa na taką plenarną prezentację w Pałacu Staszica na konferencji PAN-owskiej, żeby przedstawiła główne wyzwania zdrowotne dla Polski i Europy. Jako punkt pierwszy powiedziała, że ludzie żyją dłużej i mają mniej dzieci. Później wymieniła oczywiście choroby niezakaźne, przedstawiła działania, które w zdrowiu publicznym są przestarzałe, POZ nie są efektywne, a przede wszystkim bardzo szybko rosnące koszty opieki zdrowotnej. Wśród tych ośmiu głównych tematów dla Polskie i Europy przedstawiła właśnie element starzenia się społeczeństwa i coraz mniejszej liczby urodzeń. Z kolei analitycy Organizacji Narodów Zjednoczonych w 2015 r. przeprowadzili rewizję starzenia się populacji polskiej. Proszę zobaczyć, że najszybszy w historii wzrost, jeśli chodzi u góry to 60-latkowie, a później zielono 70-latkowie, populacja 80-latków za kilka lat to będzie najszybszy wzrost liczby osób starszych jaki notowaliśmy w naszym kraju w historii naszego państwa.

Pan strażnik powiedział, że z przyjemnością przekazuje nam przepustkę, bo to najważniejsza Komisja, bo wszyscy będziemy się starzeć. W dodatku dla polityków ważna, bo będą mieli dużo nowych wyborców do przekonania w nowym etapie życia. Wreszcie jest to art. 68 konstytucji, stąd rzeczywiście zdecydowaliśmy się przyjechać do państwa w takim mocnym gronie głównych polskich ekspertów a zarazem członków komitetu

naukowego tego projektu. Pani prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis jest w podwójnej roli, a pozostałych państwa pani przewodnicząca była uprzejma już przedstawić. Krótko mówiąc chciałbym pokazać państwu, że to jest historia, która rozpoczęła się w roku 2008–2009 i wtedy rzeczywiście wykonaliśmy badanie PolSenior. Teraz GUMedowi, ale we współpracy z liderami geriatrii, gerontologii przypadł etap koordynacji tego badania w latach 2018–2019. Zakończyliśmy miesiąc przed pandemią w roku 2020, więc badanie jest zupełnie czyste pod względem etapu jeszcze przedpandemicznego. Pozwalamy sobie pokazać zdjęcie ministra nauki, obecnie senatora pana prof. Michała Seweryńskiego, który zainicjował ten cykl badań 15 lat temu i dzięki któremu wtedy jeszcze ministerstwo nauki, a teraz podjęło pałeczkę Ministerstwo Zdrowia, doszło do zebrania tak ważnych w kraju danych dla polityki senioralnej.

Co ważne, chcieliśmy zwrócić państwa uwagę na to, że wykonaliśmy badanie na osobach od 60 do ponad 100. roku życia, ale te grupy 5-letnie były równo liczne. Specjalnie była nadreprezentacja najstarszych po to, żeby uzyskać dokładne wyniki badań właśnie w tym obszarze. Zobaczcie państwo teraz na te liczby, które przedstawił już pan minister. Pierwsza to 507 pań pielęgniarek, które trzeba było zrekrutować, wyszkolić; 860 osób pracowało w Polsce razem łącznie z badaczami w tym projekcie na terenie wszystkich 16 województw. Zdążyliśmy rzeczywiście trzy tygodnie przed pandemią ukończyć badanie. Każdy z tych 5987 wylosowanych przez MC zaproszonych Polaków, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu ma 1499 danych wraz z kolumnami wtórnymi, baza danych liczy teraz już 40 mln komórek. Łącznie pracowało 89 ekspertów i powstało 49 oryginalnych działów, jak gdyby tematów szczegółowo opracowanych, zaraportowanych z podsumowaniem wyników i wnioskami.

To jest ta monografia, która jest zdaniem niektórych za ciężka, bo rzeczywiście jest ona wielka. Ta monografia jest. Jej ideą jest logo, nawet nie logo projektu tylko to zdjęcie, które pragniemy podkreślić. Czerwone puzzle to są lekarz i pielęgniarka, a niebieskie to pracownicy społeczni. To jest taki nieodzowny paradygmat dla współczesnej polityki senioralnej, że polityka zdrowotna i społeczna muszą współdziałać, aby osiągnąć sukces. To jest paradygmat obowiązujący w Polsce, jak i w Europie.

Chciałbym teraz poprosić po kolei naszych ekspertów o takie krótkie, 4–5-minutowe podsumowania tych głównych też, które zasygnalizował pan minister Kraska.

Pani dr Kujawska-Danecka.

Ekspert dr n. med. Hanna Kujawska-Danecka:

Szanowni państwo, chciałabym pokrótce przedstawić przebieg badania, w zasadzie powtórzyć to, co pan minister przedłożył wcześniej.

Badanie było przeprowadzone w domu respondenta oczywiście zgodnie z wynikami losowania. Miały miejsce trzy kolejne wizyty, w czasie których były przeprowadzone przede wszystkim wywiady kwestionariuszowe. Tutaj myślę, że warto wspomnieć, że łącznie ankiety miały ponad 80 stron. Rzeczywiście liczba pytań i ich szczegółowość była znaczna. Również w czasie tych trzech wizyt były przeprowadzone, zdecydowana większość skal i testów, które należą do całościowej oceny geriatrycznej, pomiary i badania laboratoryjne.

Teraz jeżeli chodzi o te wywiady kwestionariuszowe. Uzyskaliśmy bardzo dużo informacji dotyczących przewlekłych schorzeń, które nasi respondenci mają w swojej historii medycznej, ale również pytaliśmy o różne objawy i proszę spojrzeć, że w zasadzie tymi pytaniami objęliśmy właściwie zdecydowaną większość tych najczęstszych schorzeń czy problemów zdrowotnych. Również pytaliśmy o zwyczaje żywieniowe, o dietę seniorów, o to, ile spożywają płynów oraz mamy bardzo szczegółowe informacje co do stosowanych leków, łącznie z konkretnymi nazwami preparatów medycznych, dawkowaniem. Jest to ogromne źródło wiedzy.

Natomiast jeżeli chodzi o wywiad społeczno-ekonomiczny. Tutaj pytania dotyczyły i sytuacji rodzinnej respondentów, struktury gospodarstw domowych, również wydolności opiekuńczej rodzin, sytuacji materialnej i mieszkaniowej. Pytaliśmy o poziom satysfakcji z opieki medycznej i jej dostępności. Wiele pytań dotyczyło aktywności seniorów na różnych polach, to znaczy zarówno form spędzania wolnego czasu, również aktyw-

ności społecznej, turystycznej, ale też aktywności zawodowej. Ważnym elementem było pytanie, czy cały kwestionariusz dotyczący takiej samooceny jakości życia.

Kolejną częścią była całościowa ocena geriatryczna. Jest to takie pogłębione badanie, które jest standardem, jeżeli chodzi o ocenę osoby starszej. Zwracamy uwagę w czasie tej oceny geriatrycznej, posługując się wystandaryzowanymi skalami, testami. Zwracam uwagę na sprawność funkcjonalną, czyli samodzielność osoby starszej w zakresie codziennych aktywności, które składają się na codzienne funkcjonowanie. Również nasi respondenci mieli ocenione funkcje poznawcze, a więc to było badanie w kierunku potencjalnego otępienia, w kierunku depresji. Również oceniliśmy sprawność ruchową i ryzyko upadków, sarkopenię, a więc właśnie to osłabienie siły mięśniowej i zespół słabości. Pytaliśmy również o ból przewlekły.

Kolejne dwa elementy to były różnego rodzaju pomiary, m.in. pacjenci mieli wykonany sześciokrotny pomiar ciśnienia krwi. Dlatego, że chcieliśmy precyzyjnie ocenić częstość występowania nadciśnienia tętniczego czy rozpowszechnienia ciśnienia tętniczego w populacji 60+. Również ocena siły uścisku ręki właśnie jako badanie w kierunku sarkopenii, badanie ostrości wzroku. Badania laboratoryjne. Jak już było wspomniane, 36 analiz to także bardzo szeroki zakres badań, który bardzo dobrze uzupełnił dane pochodzące z kwestionariusza medycznego, co do właśnie stanu zdrowia osób starszych.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Proszę państwa, to jest te 49 rozdziałów, które zostały szczegółowo opracowane. Każdy ma kilku autorów z różnych ośrodków wiodących, liderujących w Polsce. Ten materiał jest olbrzymi i jasną rzeczą jest, że dzisiaj powinniśmy podsumować to co wynika z tego materiału. Może tylko dodam, że wybrałem takich pięć punktów na pięć zdań.

Nadciśnienie tętnicze to jest wielki sukces. W ciągu 10 lat rozpoczęliśmy dobrze leczyć nadciśnienie u najstarszych i w związku z tym osoby z nadciśnieniem tętniczym żyją dużo dłużej. Już z tych pogłębionych analiz wynika, że jest redukcja przewlekłej choroby nerek, prawdopodobnie właśnie dzięki temu. Jeśli chodzi o zespół kruchości, zespół słabości to 4,6 mln Polaków jest zagrożonych jego rozwojem, a więc tutaj mamy wielkie wyzwanie. Jeśli chodzi o wielochorobowość to mediana wynosi trzy choroby dla tej populacji, więc ustawa sprzed 2 lat o opiece, o zawodzie farmaceuty otwierająca możliwość opieki farmaceutycznej w sytuacji, w której polipragmazja jest nam bliska, to jest bardzo ważny obszar do przyspieszenia.

Jest dr Kwiatkowska, która oceniła wykluczenie cyfrowe. Niezwykle ciekawe dane. Tak jak w niektórych krajach Europy Południowej sytuacja jest nienajlepsza, ale trzeba sobie z tym poradzić. Czy papierek lakmusowy jakości systemu ochrony zdrowia, czyli nierówności w zdrowiu w zależności od czynników społecznych. Pan Adrian Lange jest prawnikiem i przygotował specjalną prezentację, ale to trzymamy w rezerwie, jeśli będzie czas. Teraz już chcielibyśmy korzystając z tego, że od ponad 25 lat nasi eksperci, którzy tutaj zasiadają na prawo ode mnie zajmują się tematyką geriatrii, gerontologii, to dla państwa posłów przygotowaliśmy 12 prezentacji wyników, które można obejrzeć w internecie.

Chciałbym przejść już do rekomendacji i poprosić rektora Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego pana prof. Tomasza Grodzickiego o omówienie tych wniosków, które z wyników obciążenia systemu i prognoz wynikających dla opieki ambulatoryjnej.

Panie rektorze, proszę bardzo.

Ekspert prof. dr hab. Tomasz Grodzicki:

Dziękuję przede wszystkim za zaproszenie. Od razu się usprawiedliwię, że niestety PKP zlikwidowało powrotne pociągi do Krakowa i będę musiał opuścić wcześniej posiedzenie Komisji.

Na szczęście, nie zajmuję się geriatrią 45 lat, ale już prawie, w związku z tym mam dość szeroki pogląd. Przez 15 lat byłem specjalistą krajowym i też, jak gdyby mam doświadczenie w tej kwestii.

Powiem tak, że wszyscy się zgadzamy, że opieka medyczna powinna się skupić na opiece ambulatoryjnej, co do tego nie mamy wątpliwości. W Polsce mamy system od lat wielu budowany pod kątem leczenia konkretnych chorób, co sprawia, że jesteśmy

znakomici w niektórych chorobach typu zawały, tu mamy poziom światowy, europejski również w udarach. Myślę, że w wielu obszarach bardzo dobrze sobie radzimy, natomiast nie radzimy sobie z pacjentem, to znaczy z chorobami, konkretnie z pacjentem z wielochorobowością. Niestety system, który dzisiaj przez bardzo wielu jest wdrażany, przynajmniej w mojej opinii ta opieka różnego rodzaju nad pacjentem z cukrzycą, nad pacjentem z zawałem, nad pacjentem z różnymi innymi schorzeniami jest znowu ustawiona na chorobę, a nie na pacjenta z wielochorobowością. Pacjent starszy jest inny. Tak jak pan Zdrojewski powiedział i pan minister był uprzejmy zaznaczyć jest to pacjent z wielochorobowością, stąd też opieka musi być nastawiona nie na choroby, tylko na pacjenta. Tutaj lekarz rodzinny jest taką kluczową postacią w całym tym systemie.

Nam się udało dzięki ministrowi Zębali jeszcze wiele lat temu wprowadzić większe elementy kształcenia w zakresie geriatrii dla właściwie wszystkich specjalności. To nie jest idealnie wykonywane, ale pewne coś się dzieje. Generalnie każdy specjalista dzisiaj w Polsce z wyjątkiem pediatrów, neonatologów, generalnie pozostali coś wiedzą o geriatrii, niewiele, ale coś. Natomiast lekarz rodzinny musi korzystać z pomocy geriatry i z pomocy specjalistów. W związku z tym to ten lekarz rodzinny musi być kluczem. Dzisiaj system jest tak skonstruowany, że znowu lekarz rodzinny odsyła pacjenta do specjalisty i de facto ma święty spokój. W związku z tym pacjent chodzi do sześciu specjalistów w Polsce i tak to działa. To nie jest system, że prowadzi go lekarz rodzinny, tylko prowadzi go sześciu różnych specjalistów, co sprzyja polipragmazji i wielu różnym rzeczom. Gdyby był system taki, że ten pacjent wraca do lekarza rodzinnego i musi wrócić, potem lekarz rodzinny jest tym koordynatorem opieki, to pewnie byłoby lepiej, ale jakoś nam się nie udało zbudować przez te lata takiego systemu.

Przy tej liczbie seniorów, która rośnie i te 10 mln, które tutaj przez pana ministra też były wspomniane, z tego mówimy 2,5 mln przekroczyło 75. rok życia. 2,5 mln ludzi to jest gigantyczna liczba, tego nikt nie obsłuży w sposób taki, żebyśmy byli w stanie tym ludziom zapewniać dobrą opiekę, jeżeli nie sięgniemy po nowe narzędzia. Narzędzia w postaci chociażby konsultacji specjalistycznych online, których były próby wprowadzania parę lat temu, ale nic się z tego nie udało zrobić, bo to był wtedy zbyt skomplikowany system i to się nie sprawdziło. To było zbyt trudne. Może COVID-19 spowodował, żeśmy nauczyli się obsługiwać te narzędzia i może trochę do nich podejdziemy elastycznie. Dlatego tu musimy sięgać po te narzędzia.

Kwestią, o której mówimy jest scalenie usług społecznych i medycznych. To jest bezwzględne. Dzisiaj dwóch ministrów się tym zajmuje i tak naprawdę nie ma łączności niestety przy całym szacunku dla państwa. Muszę powiedzieć, że są to zupełnie osobne działy, zupełnie osobne finansowanie i MOPS, i GOPS, i lekarza rodzinnego sprawia, że to się nie scala, nie chce się scalić. Rzeczywiście pomysł stworzenia centrów usług społecznych połączony z centrum opieki senioralnej taką medyczną, miałby szansę na scalenie. W końcu mówimy o tym od 20 lat i jakoś kolejne rządy to odkładają. Wiem, że są różne istotne problemy, ale ta demograficzna zmiana wymusi to na nas, w moim odczuciu. Jeżeli ktoś nie będzie koordynował tej opieki to wtedy rzeczywiście będzie problem.

Podsumowując, centra opieki medycznej muszą być połączone z opieką społeczną to jest bezwzględne. One muszą mieć możliwość korzystania z konsultacji specjalistycznych, ale nie wysyłając pacjenta tylko raczej łącząc się ze specjalistą online i pytając go, co należy zrobić, bo 85 letni chory, jeżeli zaczyna krążyć od lekarza do lekarza to najczęściej krąży z opiekunem i to ten kraj kosztuje gigantyczne pieniądze. Bo opiekun krąży z pacjentem, nie chodzi do pracy. Już nie mówię o innych kosztach. Pamiętajmy, że to są pieniądze, które tak naprawdę my jako państwo tracimy. To tyle z mojej strony, bo teraz o opiece szpitalnej... Był jeszcze jeden slajd? A jeszcze tak. Mówimy o tym, że te zespoły powinny się łączyć. Mówimy o geriatrycznych dziennych domach opieki, lecz one częściowo już powstały, jest ich za mało. Finansowanie jest jeszcze nienajlepsze. Chyba to się nie bardzo w wielu ośrodkach kalkuluje, stąd nie ma takiego rozwoju. Geriatryczne zespoły opieki domowej to znowu jest kwestia połączenia lekarza rodzinnego i opieki społecznej. Najlepsze byłyby miejsca rehabilitacji domowej i to też się rozwija, ale ciągle te kontrakty są małe, większość rehabilitantów dzisiaj mówi: wykańczamy nasze

kontrakty po 3 miesiącach, po 3 miesiącach już nie mamy kontraktów. To się po prostu przestaje kręcić, to nie jest wydolne, a wożenie na rehabilitację pacjenta jest bardzo kosztochłonne. W związku z tym to jest problem.

Coroczne badania pewnie możliwe, ale to jest kwestia tego typu co z tymi wynikami potem robić. Myślę, że to jest kolejny etap, który powinniśmy robić żebyśmy obserwowali tę populację, wyłapywali wcześniej problemy geriatryczne zanim one już będą w pełnej skali rozwinięte. Dziękuję bardzo.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękujemy. Poprosimy teraz kolejnego eksperta, prorektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z wieloletnim doświadczeniem konsultanta krajowego i też pewno 35–40 lat związku z geriatrią. Zapraszam, panie profesorze. Dziękujemy za przyjazd.

Ekspert prof. dr hab. Tomasz Kostka:

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Proszę państwa, kontynuując nasze propozycje, rekomendacje, leczenie w warunkach szpitalnych i rehabilitacja.

Tu również powinniśmy dążyć do tego, żeby pacjent w starszym wieku miał jak największą koncentrację usług zdrowotnych w jednym miejscu. Taką koncentrację zapewnia oddział geriatryczny, który łączy cechy oddziału chorób wewnętrznych z neurologią, psychiatrią czy rehabilitacją. My na oddziałach geriatrycznych leczymy choroby neurologiczne, psychiatryczne, rehabilitujemy pacjentów, a oczywiście podstawą jest interna, czyli choroby wewnętrzne. W ten sposób większość chorób może być leczonych w jednym oddziale. Pacjent nie musi krążyć po szpitalu, nie musi być wysyłany do kolejnych specjalistów. Oczywiście w poważnych przypadkach korzystamy jak najbardziej z konsultacji specjalistycznych, czyli mamy konsultacje specjalistyczne na oddziale geriatrycznym i konieczne jest wypracowanie takiego algorytmu potrzeb, żeby jak najbardziej ograniczyć następstwa wielochorobowości u osoby starszej. Koncentrując wszystko w jednym miejscu w miarę potrzeb, jak wiadomo, kiedy potrzeba rozrusznik serca – kardiolog, jeżeli pacjent ma myśli samobójcze, to jednak psychiatra powinien pacjenta zobaczyć po to, żeby to sprawnie funkcjonowało.

Wydaje nam się, że takim realistycznym minimum jest sieć 100–120 oddziałów geriatrycznych w Polsce, czyli to mniej więcej 1 oddział koordynowałby działalność z dwoma centrami opieki senioralnej, o których przed chwilą mówił prof. Grodzicki. Te oddziały powinny być zarówno hospitalizacje tzw. ostre, ratunkowe, jak i planowe. Część oddziałów funkcjonowałby na zasadzie hospitalizacji tylko planowych. Pacjent, który jest z ostrym zespołem, zapaleniem płuc czy nawet złamaniem szyjki kości udowej powinien, o czym za chwilę powiem, nawet być hospitalizowany w oddziale geriatrii, bo tak się w wielu krajach na świecie dzieje.

Niezwykle ważna jest hospitalizacja jednego dnia, o którą zabiegamy jako zespół ekspertów od wielu, wielu lat. Nie trzeba kłaść pacjenta na 3 dni, żeby NFZ zapłacił. Naprawdę nie trzeba. Bo jednego dnia przywożą starszą panią czy pana do szpitala. Odpowiednie warunki, robimy wszystkie badania, robimy to co trzeba, pacjent jedzie do domu. Wtedy ryzyko infekcji jest minimalne i koszty są również o wiele mniejsze.

Oprócz oddziałów geriatrycznych uważamy, że ważne jest, żeby myśleć o tym, aby interna w coraz większym stopniu była interną geriatryczną, czyli żeby były pododdziały geriatryczne tam, gdzie nie ma oddziału geriatrycznego z kontraktem geriatrycznym.

Powinniśmy dążyć do modelu, to pan minister był uprzejmy całe to zdanie już zacytować, gdzie niezwykle ważna jest rola rehabilitacji geriatrycznej. Ona jest po to, żeby kogo tylko się da usprawnić na tyle, żeby nasz senior wrócił do swojego środowiska domowego. Jest to oczywiście niezwykle ważne dla osoby starszej, ale jest to również niezwykle ważne dla systemu. Takie oddziały rehabilitacji geriatrycznej funkcjonują w wielu krajach. Niestety oddziały rehabilitacji ogólnej nie do końca w Polsce spełnią tę rolę, wielu pacjentów jest po prostu dyskwalifikowana.

Tu osobnym zagadnieniem są specjalistyczne oddziały rehabilitacyjne np. ortogeriatria, która w wielu krajach funkcjonuje. Jest brytyjski, australijski, już w tej chwili chyba duński nawet model ortogeriatrii, gdzie starsza osoba ze złamaniem jest pod łączoną opieką ortopedy i geriatry. W niektórych krajach taka starsza 85 letnia pani

trafia na oddział geriatryczny, przychodzi ortopeda, bada, podejmuje decyzję o operacji, nie o dyskwalifikacji. U nas bardzo często osoby 80+ są dyskwalifikowane z zabiegu. Pacjent jest operowany, przez OIOM wraca na geriatrię. Jest to lepsze dla pacjenta, o wiele większy odsetek powrotu do swojego środowiska domowego i w pełnej czy prawie pełnej sprawności, o wiele mniejsza konieczność instytucjonalizacji, o wiele mniejsza umieralność.

Wreszcie, to co było już mówione: koordynacja opieki zdrowotnej i społecznej, socjalnej, również w kontekście zajęć rehabilitacyjnych. Apelujemy o możliwość wprowadzenia koordynatora opieki. Osoby starsze są zagubione w systemie, one sobie nie radzą. To bardzo często są osoby, które nie mają dzieci albo dzieci mieszkają gdzieś tam w Norwegii czy za oceanem. Te osoby są po prostu same i one sobie nie dają rady. Koordynator opieki poprowadzi taką starszą osobę przez system, szczególnie pod kątem wykluczenia cyfrowego.

Jak już wspominaliśmy ścisła współpraca z centrami opieki senioralnej umożliwi optymalizację farmakoterapii. W tej chwili mamy bardzo często pacjentów, którzy biorą po 30 leków, bo mają po kilka leków od każdego specjalisty. Właściwą organizację, promocję szczepień, systematyczną edukację zdrowotną, koordynację rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.

To chyba już ostatni, a nie. Jeszcze tutaj jest slajd. Nie będę dokładnie wszystkiego omawiał. To jest proponowany algorytm postępowania jak z opieki ambulatoryjnej korzystać i szpitalnej łącznie. Pacjent w zależności od wieku 60+, ale z wielochorobowością, z wielkimi zespołami geriatrycznymi, bo takie osoby też mamy, mimo że średnia wieku na oddziałach geriatrycznych to jest w tej chwili 82 lata. Najczęściej to są osoby 75+, które powinny być pod opieką albo wyspecjalizowanego w geriatrii lekarza rodzinnego, albo lekarza geriatry, który jednocześnie jest lekarzem rodzinnym. Jak już było mówione obniża nam koszty i usprawnia całość systemu. W przypadku nasilenia tych problemów to albo hospitalizacja jednodniowa albo pełna hospitalizacja w oddziale geriatrycznym lub innym, czy ewentualnie rehabilitacja. Dziękuję bardzo.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Dziękujemy bardzo.

Szanowni państwo, w tych rekomendacjach, które przed państwem przedłożyliśmy, do wczoraj drukarnia akurat zdążyła, z czego się bardzo cieszymy, jestem na 28 stronie, rząd takich tabel dla wszelkich analityków, biur analiz u pana ministra, w NFZ, w ministerstwie rodziny. Myślę, że te tabele będą naprawdę bezcenne. Dobrym pomysłem było, że opracowaliśmy do 75 i po 75 roku życia. Odsetek ludności, która choruje na dany główny problem geriatryczny lub na daną chorobę w Polsce. Możemy to rozłożyć na dalsze czynniki pierwsze, więc to są naprawdę myślę, że pierwszy raz w Polsce opracowane tak szczegółowo wyniki i jednocześnie obrazujące potrzeby, do których ustosunkował się prof. Kostka i prof. Grodzicki.

Cały czas będziemy teraz kontynuować część rekomendacji, ale ponieważ przyszła pani naczelnik Małgorzata Michalska, to chcę panu ministrowi i panu dyrektorowi podziękować za bardzo dobrą współpracę, która nie była wcale łatwa, ponieważ długo dyskutowaliśmy o tych rekomendacjach. To jest oczywiście punkt widzenia ekspertów, a nie ministra zdrowia, ale dzięki państwu, zespołowi pani Małgorzaty Michalskiej, mogliśmy dowiedzieć się wielu rzeczy z naszej strony, zobaczyć to ze strony urzędu. Uważam, że dzięki temu te rekomendacje są po prostu lepsze.

Część społeczna to oczywiście pan prof. Piotr Błędowski, który kierował PolSeniorem zleconym przez prof. Seweryńskiego. To są eksperci nie tylko Szkoły Głównej Handlowej, ale także Uniwersytetu Warszawskiego i innych uczelni. Niezwykle ważna pozycja, która też nas lekarzy bardzo wyedukowała, co do potrzeby integracji.

Zapraszam pana, prof. Piotra Błędowskiego, pana dziekana.

Ekspert prof. dr hab. Piotr Błędowski:

Proszę państwa, przygotowaliśmy dla państwa tylko trzy slajdy dotyczące rekomendacji społecznych nie dlatego, że one są mniej ważne, bo wszyscy członkowie komitetu naukowego i wszyscy wykonawcy właściwie tego projektu są zgodni, że sytuacja zdro-

wotna w dużej mierze jest uwarunkowana warunkami życia i sytuacją społeczną. Z kolei sytuacja społeczna pozostaje w tym związku ze stanem zdrowia i samooceną tego stanu zdrowia, co jest odrębnym problemem. Wybrałem te rekomendacje, które odnoszą się w pierwszej kolejności do problematyki związanej ze zdrowiem publicznym i polityką zdrowotną. Dlatego, że jak mi się wydaję one są takimi rekomendacjami, które są horyzontalne w stosunku do innych, to znaczy zarówno jeżeli chodzi o edukację, jak i organizację czasu wolnego, to są dwa elementy, które przekładają się na inne obszary życia osób starszych. Jeżeli mówimy o edukacji to mam na myśli przede wszystkim edukację włączającą, czyli taką, która zapewnia osobom starszym możliwość udziału w życiu społecznym. Na usta ciśnie się słowo, możliwość aktywnego udziału, ale moim zdaniem ten udział powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości. Dla niektórych aktywny udział sprowadza się do rozmaitych czynności, które dla rówieśników mogą być traktowane jako prawie marginalne. Wydaje mi się, że starość jest właśnie tym okresem życia, w którym cechy jednostkowe wymagają szczególnego uwzględnienia.

To samo dotyczy organizacji czasu wolnego. Tutaj przepraszam, przeformułowując treść tego slajdu, nie zachowałem odpowiednich form gramatycznych, ale chodzi tutaj przede wszystkim o kulturę, o rekreację i turystykę, czyli o te elementy, które także wpływają na samopoczucie i na to, co jest chyba najważniejszym wątkiem w całym raporcie z badania, a mianowicie na jakość życia. Wprawdzie mamy jeden rozdział poświęcony specjalnie jakości życia, ale tutaj chodzi generalnie o bardzo szeroko pojętą jakość życia i bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo socjalne i bezpieczeństwo zdrowotne i w ogóle bezpieczeństwo fizyczne.

Jeżeli przechodzimy do elementów związanych z bezpieczeństwem to chciałbym zwrócić uwagę na to, że mimo tego, że projekt PolSenior 2 dostarcza nam najbardziej aktualnej wiedzy na temat sytuacji osób starszych, to brakuje w nim odniesienia do konsekwencji pandemii. To jest temat wymagający z całą pewnością uwagi badaczy i polityków. Ale jedno z całą pewnością wymaga szczególnego uwzględnienia. Mianowicie zapobieganie marginalizacji osób starszych. Piszę tutaj o osamotnieniu, ale chodzi także o inne formy tej marginalizacji, zwłaszcza że trzeba byłoby na to spojrzeć w kontekście bezpieczeństwa i poczucia pewnej stabilności.

Drugi element dotyczy rozbudowy sieci placówek opieki dziennej zarówno medycznej, jak i społecznej. Właściwie jest to hasło, które należałoby rozszerzyć także o opiekę ambulatoryjną czy środowiskową. Zwracam uwagę na to, że mówimy o tym samym, mówimy o medycznej opiece, o społecznej opiece, o ambulatoryjnej, o środowiskowej i mimo tego, że używamy różnych terminów właściwych dla obu tych pionów, to na myśli mamy to samo. Mówię o tym dlatego, że za chwilę w momencie, kiedy przejdziemy do ostatniego slajdu będę chciał do tego wątku jeszcze na moment wrócić.

Jednak chciałbym zwrócić uwagę także na to, że polityka senioralna i to z tego badania bardzo wyraźnie wynika, polityka senioralna to nie jest polityka skierowana tylko do osób starszych. Ona wymaga także uwzględnienia ich środowiska, ich potencjalnych opiekunów, ich partnerów, członków ich gospodarstw domowych, ich rodziny. Rodzina jest drugim szeroko zakreślonym podmiotem tej polityki. W związku z tym, zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z ograniczeniem lub utratą samodzielności, a opiekunowie nieformalni, a zwłaszcza rodziny odgrywają tutaj największą rolę, tj. 95% mniej więcej wszystkich przypadków, to są właśnie świadczenia organizowane i zapewniane przez rodzinę. Rodzina powinna być także obiektem uwagi i troski polityki senioralnej.

Oprócz tego musimy pomyśleć o tym, o czym także tutaj w tej sali mówiono już wielokrotnie wcześniej, mianowicie o stworzeniu pewnego kompleksowego systemu opieki długoterminowej. Proszę państwa, mówię o tym od 25 a właściwie od 26 lat i potencjalnie rzecz biorąc o 26 lat jestem bliższy tego momentu, kiedy sam zacznę wymagać takiej opieki. Mówię o tym z troską, ale nie dlatego, że chodzi mi o mnie, tylko chodzi mi o moją rodzinę, na którą ten ciężar przede wszystkim spadnie. To rodzina będzie konfrontowana z potrzebą odpowiedzi czy mam zrezygnować albo ograniczyć pracę zawodową, ograniczając moje aktualne i przyszłe dochody, żeby opiekować się niedołężnym ojcem czy dziadkiem, czy też mogę liczyć na wsparcie instytucji działających również w środo-

wisku. Zmiany demograficzne, które zostały pokazane na jednym ze slajdów będą miały swoje apogeum dopiero około roku 2050. Mówię dopiero, ale właściwie w cudzysłowie dlatego, że to jest bardzo niedługo. Tak naprawdę właściwie to ostatni dzwonek, żeby stworzyć pewien system i zapewnić jego infrastrukturę. To traktowałbym jako jeden z najważniejszych wniosków wynikających z tego badania. Dziękuję bardzo.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękujemy.

Proszę państwa, polityka senioralna, zdrowotna, społeczna powinna być oparta na faktach. Sherlock Holmes mówił zawsze „data, data, data". W związku z tym mam teraz okazję, żeby podziękować panu dyrektorowi Wojtyniakowi za to, że wsparł nas całą częścią analiz statystycznych, zaprogramowania i tworzenia bazy danych jako szef monitorowania stanu zdrowia w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Dziękuję.

Bardzo proszę teraz o rekomendację pana dyrektora, które też są naprawdę bardzo ważne.

Ekspert dr n. przyr. Bogdan Wojtyniak:

Bardzo dziękuję, panie profesorze za to ciepłe i miłe wprowadzenie.

Proszę państwa, chciałbym państwu krótko przedstawić takich pięć podstawowych rekomendacji dotyczących monitorowania stanu zdrowia i jego uwarunkowań u polskich seniorów. Te rekomendacje wynikają nie tylko z projektu PolSenior 2, ale w jakimś sensie z całości naszych doświadczeń dotyczących monitorowania stanu zdrowia polskiej populacji. A projekt PolSenior 2 był niewątpliwie bardzo ważnym elementem, bo szczególnie unaocznił pewne problemy. To, że monitoring stanu zdrowia jest niezbędny do prowadzenia racjonalnej i trafnej polityki zdrowotnej nikogo nie trzeba przekonywać. Bez dobrych danych o stanie zdrowia i jego uwarunkowaniach nie ma co mówić o skutecznej polityce zdrowotnej. O polityce zdrowotnej, która będzie korygowana, dostosowywana do potrzeb i której efekty będą monitorowane. Stąd ważność tego monitoringu stanu zdrowia.

Pierwsza rekomendacja dotyczy integracji baz danych z badań realizowanych ze środków publicznych i udostępniania ich dla prowadzenia kompleksowych analiz stanu zdrowia. Proszę państwa, dużo tych danych już jest, problem polega na tym, że one nie są w pełni wykorzystywane, przez to, że są albo zindywidualizowane, albo rozproszone. Naprawdę pierwszym krokiem powinno być zintegrowanie tych baz tak, żeby można było prowadzić pogłębioną analizę. Natomiast żeby ją prowadzić potrzebny jest dostęp do danych jednostkowych, nie do agregatów, które publikuje np. Główny Urząd Statystyczny czy inne instytucje. Musi być dostęp do danych jednostkowych, które pozwolą na zastosowanie bardziej złożonych metod analiz statystycznych, ale to dopiero pozwoli na wyciąganie odpowiednich wniosków.

Niewątpliwie znowu prosta rekomendacja, czyli stworzenie repozytorium informacji statystycznych o sytuacji zdrowotnej starszych seniorów. To jest naprawdę proste działanie. Powinien być ośrodek, który takie dane ma, analizuje i je udostępnia, potem przekazuje decydentom w sposób ciągły i albo jeżeli się pojawią jakieś problemy to ad hoc oczywiście może robić analizę. Jednak takie repozytorium prosta rzecz, bardzo ważna.

Otóż badanie typu PolSenior 2 jest bardzo ważne, ponieważ połączyło w sobie badania ankietowe i badania przedmiotowe. Te badania, które są realizowane przez instytucje państwowe np. zwłaszcza GUS to są klasyczne badania ankietowe bardzo cenne, ale niepełne oraz niekompletne. Aby naprawdę dobrze ocenić problemy zdrowotne i ich uwarunkowania musimy wzbogacić te badania ankietowe o badania przedmiotowe, które dopiero pozwolą zrozumieć pewne procesy zdrowotne, pewne uwarunkowania. Tak ważne jest, żeby takie projekty jak PolSenior 2 miały zapewnioną cykliczność w mniejszym obszarze, ponieważ to nie są badania tanie, więc w mniejszym obszarze, w mniejszym zakresie co 5 lat, a w szerszym taki jak PolSenior 2 np. co 10 lat. Musi być stałe zapewnienie finansowania i musi być zgoda co do realizacji tych badań, bo są potrzebne.

Następna rekomendacja związana z tą poprzednią. Jeśli badania ankietowe są mocno niewystarczające i trzeba je wzbogacić o badania przedmiotowe, to tak samo badania przekrojowe nie są wystarczające. Czego brak odczuwamy w Polsce? Dramatyczny brak i nie zawaham się tego powiedzieć, obserwując literaturę i to co się robi na świecie,

to są badania prospektywne, badania wzdłużne, badania, w których obserwujemy przez okres tę samą próbę, tę samą grupę osób, tych samych starszych. Dopiero taka prospektywna obserwacja pozwala na to, żeby zacząć budować pewne modele, które pozwolą nam ocenić, zrobić predykcję, prognozę jak będą zachodzić zmiany w przyszłości, co się będzie działo za 5 lat. Wiemy, że kiedy obserwowaliśmy przez tyle, mamy takie uwarunkowania, to za 5 lat dojdziemy do takiej sytuacji. Jeżeli nie podejmiemy działań przeciwdziałających temu, ale to pozwoli też na przygotowanie się do takiej sytuacji.

Ostatnia piąta rekomendacja jest to oczywiście niezbędne zapewnienie finansowania i wsparcia udziału Polski i polskich ośrodków badawczych w projektach międzynarodowych w zakresie gerontologii i geriatrii. Kontakty międzynarodowe są kluczowe. Dlaczego? Dlatego, że w świecie istnieją już np. badania właśnie te podłużne, prospektywne. Takie badania robi się w Anglii, takie badania robi się w Stanach Zjednoczonych, wspaniałe badania, które generują znakomite dane. Trzeba się uczyć od lepszych, od tych, którzy już coś robią, ale tak samo trzeba rozpowszechniać wiedzę i nasze sukcesy na zewnątrz. Dziękuję bardzo.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękuję.

Pan dr Adam Hajduk przygotował krótką informację na temat dostępu do informacji do bazy wiedzy PolSenior 2. Bardzo proszę.

Ekspert dr n. med. Adam Hajduk:

Dzień dobry państwu. Myślę, że o raporcie już było wspomniane. Wydrukowaliśmy, jest to duża, obszerna książka, więc dysponujemy również dla państwa dostępem w formie pdf. Tu jest podana strona, gdzie ten pdf można pobrać. Również przygotowane są dokumenty na pobranie na urządzenie mobilne, czyli na czytniki elektroniczne, więc nie trzeba mieć książki w formie papierowej. Podobnie rekomendacje również na stronach naszej uczelni w zakładce PolSenior2, można pobrać w formie elektronicznej na urządzenia mobilne.

Przygotowaliśmy również w związku z dzisiejszym spotkaniem kilkanaście filmów. To są filmy dotyczące wybranych problemów medycznych i społecznych w formie bardzo skrótowej, kilkuminutowej. Również na stronie jak państwo widzicie można te filmy obejrzeć. One są specjalnie przygotowane na dzisiejsze wydarzenie.

Również odbyło się kilka konferencji ogólnopolskich dotyczących stricte wyników badania PolSenior 2. Prezentuję tutaj państwu trzy konferencje modułowe dotyczące poszczególnych aspektów czy sytuacji socjalno-ekonomicznej, czy problemów medycznych, czy sytuacji zdrowotnej. W każdym module jest kilkanaście wystąpień ekspertów dotyczących poszczególnych problemów zdrowotnych i społecznych. One są również do obejrzenia i pobrania na wyżej wymienionej stronie. Materiałów jest bardzo dużo. Jeżeli państwo byście chcieli skorzystać to one są dostępne.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, to są nasze cele. Sejmowa komisja polityki społecznej i senioralnej, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Byliśmy już na dużych naradach u rzecznika praw obywatelskich. Wykluczenie cyfrowe i nierówności w zdrowiu były szczegółowo omawiane jako oddzielna konferencja. Mamy kontakty z urzędami marszałkowskimi i oczywiście wszystkimi podmiotami akademickimi, które są wymienione po prawej stronie tego slajdu. Bardzo nam zależy, żeby ten projekt, skoro zebrał tyle danych i skoro zebrał taką elitę, jeśli chodzi o geriatrię i gerontologię, to żeby istniała promocja wyników. Chciałbym prosić pana ministra o wsparcie tego procesu, bo projekt zakończył się już rok temu, więc w zasadzie nie jest to zadanie dla nas łatwe.

Poproszę jeszcze, jest to odniesienie do zapisu ust. 3 art. 68, on też jest omówiony na jednej ze stron jako aspekty prawne sytuacji seniorów w naszym kraju. To jest ciekawy czterostronicowy rozdział, ale zachęcam bardzo do lektury.

Kończąc już i zanim poproszę o podsumowanie panią prof. Katarzynę Wieczorowską-Tobis, która reprezentuje też Komisję. Powiem także, że przed pandemią współpracowaliśmy z prof. Robertem Califfem z Duke University. Został on teraz za kaden-

cji prezydenta Bidena szefem Food and Drug Administration i to jest jego przeźrocze. Prowadząc politykę zdrowotną, możemy przeprowadzić społeczeństwo w stan „B" lub w stan „C" np. w odniesieniu do zaćmy, w odniesieniu nadciśnienia tętniczego ostatnia dekada to był absolutny sukces i przeprowadzenie w ten wyższy, najlepszy stan, stan „B". Jednak tutaj sytuacja jest szczególnie trudna.

Po pierwsze, analizy ONZ dla Polski, a po drugie, że to muszą być czynniki nie tylko biologiczne, medyczne, ale także społeczne, środowiskowe. Stąd wydaje nam się, że polityka zdrowotna, ufamy, patrząc na wyniki, widząc jakie są wyzwania ufamy, że możemy mieć sukcesy i możemy w kraju mieć politykę senioralną opartą na faktach, która będzie przynosić sukcesy z takim kapitałem, jaki zgromadziliśmy poprzez wspólną pracę tylu ekspertów.

Chciałbym teraz na koniec poprosić panią prof. Wieczorowską-Tobis, która rozpoczęła dyskusję 5 lat temu jak się projekt zaczynał, co prawda wtedy było dużo więcej posłów, ale mam nadzieję, że teraz też to podsumowanie już z punktu widzenia przebytego projektu i uczestnika badań. Bardzo proszę, pani profesor.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Zanim oddam głos pani profesor to tylko tytułem wyjaśnienia, pan profesor mówił, że było więcej posłów. Tak, dziś odbywają się bardzo intensywne komisje z głosowaniami, a wielu z nas pracuje w 2–3 komisjach, stąd taka sytuacja. Proszę tego nie odbierać jako brak zainteresowania, bo tak z całą pewnością nie jest. Pani profesor jest niezwykle wartościową dla nas, dla Komisji osobą. Bardzo dziękuję, przy okazji mam taką możliwość podziękowania za te prace już kolejną kadencję. Pani prof. Wieczorowska-Tobis jest orędowniczką i promotorką programu PolSenior. Bardzo proszę, oddaje pani głos.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, sądzę, że PolSenior jest czymś z czego powinniśmy być ogromnie dumni. Udało nam się wykonać dwa ogromne badania na reprezentatywnych populacjach, czyli takie badania, które charakteryzują naszą starość. Możemy zobaczyć tę starość dzisiaj i możemy przyglądając się wynikom projektu PolSenior 1, zobaczyć co było 10 lat temu. Myślę, że jest to ogromny potencjał takiego porównania wyników obydwu projektów, to w tej chwili robimy.

Musimy zdać sobie sprawę, że trochę inną grupę obejmował PolSenior 1 i jeszcze inną PolSenior 2. Gdyż PolSenior 1 miał seniorów 65+, tu w związku z ustawą senioralną mamy 60+, dlatego nie można prosto porównać wyników. Natomiast te analizy są w trakcie i myślę, że będą niezwykle ciekawe, ponieważ pozwolą nam zobaczyć, co się wydarzyło w ciągu tych 10 lat. Pozwolą nam pokazać to, gdzie udało się pokonać pewne problemy, ale pokażą też to nad czym trzeba nadal pracować. Osobiście czekam na te wyniki porównujące jeden projekt z drugim. Uważam, że kiedy mówimy o projektach longitudinalnych, to musimy sobie zdawać sprawę, iż takich projektów nie ma, albo nie ma dużo na świecie i rzeczywiście to, że robimy taki projekt jest niezwykłe. Powinniśmy być z tego dumni, rzeczywiście powinniśmy pokazywać te wyniki, powinniśmy też umieć wyciągać z nich wnioski. Mamy nadzieję, że projekt PolSenior będzie kontynuowany, czyli, że pojawi się potem 3, a potem 4, a potem kolejne.

Chciałabym też zwrócić uwagę na coś, co jest także bardzo ważne. Ponieważ do projektu PolSenior każdorazowo losujemy niezależną populację i to jest dobre, bo pokazujemy aktualne problemy osób starszych. Natomiast, gdyby się dało po 10 latach powtórzyć badania na tych osobach wylosowanych, 10 lat wcześniej, które przeżyły, pozwoliłoby to nam pokazać, na ile czynniki ryzyka, które zdefiniowaliśmy u tych osób się sprawdziły. Oczywiście wiemy, że z 90 latków mało osób przeżyłoby, ale z tych 60, 70 letnich osób, najmłodszych, można by wtedy zobaczyć to inaczej.

Badania longitudinalne, które są prowadzone na świecie z jednej strony są prowadzone właśnie tak jak my je robimy, czyli, że możemy porównać tą samą grupę, podobną co 10 lat. Lecz są też wykonywane w sposób, że wylosowana grupa jest obserwowana po 10 latach po to, żeby zobaczyć, czy to co nazywamy czynnikiem ryzyka jest rzeczywiście czynnikiem ryzyka. Dlatego myślę, że jeśli zastanawialibyśmy się nad następnym otwarciem, to warto byłoby zrobić PolSenior 3, w taki sposób, aby wersja trzecia odbyła

się tak samo, ale gdyby udało się zrobić 3a, czyli tę grupę, którą wylosowaliśmy w tej chwili, zbadać ponownie i zobaczyć to co definiujemy jako czynnik ryzyka. Które z nich naprawdę są ważne, z którymi z nich powinniśmy przede wszystkim się zmierzyć i walczyć na bieżąco i które są najważniejsze. Dałoby to nam dodatkowe informacje. Uważam, że nie mogliśmy tego zrobić w przypadku PolSenior 1 i bardzo się cieszymy, że PolSenior 2 udało się zrealizować, tak jak się udało. Były tam ograniczenia też odnośnie do dostępu do danych itd. Natomiast w tej chwili ten projekt jest tak skonstruowany, że gdybyśmy chcieli zapytać, co się wydarzy po jakimś czasie z tymi osobami, które były w ramach tego projektu badane, to możemy zadać to pytanie.

Myślę, że bardzo ważne jest to, żeby informacja o tym projekcie była szeroko udostępniona, aby zarówno osoby zajmujące się geriatrią czy gerontologią wszystko o tym projekcie wiedziały. Myślę także, jak bardzo jest ważny przekaz społeczny, że takie badania są robione, że dedykowane badania starości są w naszym kraju wykonywane. Właśnie z tego powodu mamy zdefiniować te problemy, które są i aby polityka zdrowotna i społeczna była dedykowana w sposób oparty na problemach zdefiniowanych. Bardzo dziękuję.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Pani przewodnicząca nam podziękowała za to pre-spotkanie kilka miesięcy temu. Chcemy teraz powiedzieć, że kropkę nad „i" postawiliśmy rekomendacjami, które obiecaliśmy. Chcielibyśmy podziękować też osobiście pani przewodniczącej za zainteresowanie tym projektem i stałe kontakty przez te 6 miesięcy. Także kropka nad „i" jest, bardzo dziękujemy za to dzisiejsze zaproszenie i jesteśmy teraz gotowi do dyskusji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie profesorze, proszę pozwolić, że podziękuję wszystkim państwu, którzy brali intensywny udział w tych badaniach, bo to naprawdę bardzo szeroko zakrojone badania, pogłębione. Uzyskaliśmy dzięki nim wartościowe wyniki i ciekawe rekomendacje do dalszych działań dla dobra seniorów. Te problemy, jak powiedziała pani profesor, zostały zdefiniowane i rzeczywiście ten pomysł, ja już o nim słyszałam od pani profesor. Ten pomysł jakby kojarzy mi się trochę z badaniem losów absolwentów, czyli z badaniem dalszych losów uczestników tego cyklu badawczego, żeby uzyskać informacje, konkretną informację czy ich stan, znaczy jak może wygląda ich stan zdrowia, co udało się zrobić. Pojawia się to pytanie o wykorzystanie tych wyników. Takie pytanie się nasuwa, mamy wyniki i co dalej. Jeżeli można, to bardzo poproszę pana ministra Waldemara Kraskę o odniesienie się do tego. Te wyniki są naprawdę interesujące. Tutaj są też określone wyzwania.

Padło też stwierdzenie, że przez lata pewnych rzeczy nie udało się zrobić. To wszystko wiąże się, to co państwo proponujecie, to są ciekawe rozwiązania, ale wszyscy sobie też zdajemy sprawę, że one się wiążą z ogromnymi kosztami. Najpierw pytanie do pana prof. Zdrojewskiego. Czy osób, które czynnie uczestniczyły w badaniach, które pracowały przy tym projekcie, czy któreś z tych rozwiązań, a może inaczej… Jakie z tych rozwiązań, które państwo proponujecie da się np. zrealizować w miarę bezkosztowo, poprzez jakąś zmianę systemową? Państwo też proponujecie zmiany systemowe. Te centra opieki senioralnej, które miałyby współpracować z jednostkami podlegającymi resortowi rodziny i polityki społecznej, to też jest pewnego rodzaju wyzwanie. To jest ciekawe, mnie to akurat interesuje, mi się to osobiście bardzo podoba. Natomiast jest to kwestia zmiany systemowej, to jest kwestia długiego czasu, ale czy państwo również jakoś to oceniliście. Co na dziś udałoby się w takiej formule systemowej niewiążącej się z kosztami, a może ze zmianą myślenia, zmianą funkcjonowania, zmianą systemu pracy przeprowadzić. Później poproszę pana ministra o taką informację jakie są dalsze plany oraz oczywiście czy jest możliwa, czy będzie możliwa realizacja kolejnych cyklów tego projektu.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Za najważniejsze pytanie, jak przekonać ministra finansów do nowych pozycji w budżecie państwa w tej części wydatków. To nie było zadanie nakreślone nam przez ministra zdrowia w tym projekcie, żeby przeprowadzić analizy ekonomiczne, tylko żeby wytyczyć kierunki. Niewątpliwie tak długa obecność w geriatrii ekspertów, których tutaj mamy na sali, stwarza możliwość rozpoczęcia dyskusji i podania pewnych faktów, a na pewno analizy ekonomiczne, które powinny mieć teraz w następnym etapie miejsce i to w dbaniu o ciągłość i wykorzystanie tych wyników.

Bezkosztowo to można zrobić, to co powinno się zrobić, to co powiedział pan prof. Wojtyniak, czyli jeśli ZUS, GUS, AOTM, NFZ mają swoje dane i chronią je przed innymi podmiotami publicznymi, to jest to proces naganny. To nie jest zła wola, tylko to są uwarunkowania prawne. Dlatego to jest po prostu praca kilku prawników, o czym dyskutowałem 2–3 lata temu z panem dyrektorem Poznańskim, żeby ta wiedza, którą mamy zgromadzoną a także odniesiona do danych międzynarodowych mogła istnieć i żeby nawet analizy geriatryczne, gerontologiczne w części akademickiej mogły się różne doktorskie, magisterskie prace, tak jak to jest w Danii, w innych krajach realizować. To w wielu przestrzeniach byłoby bardzo korzystne.

Co do tych rozwiązań, pewnej predykcji kosztów, które mogą być bardzo wysokie, a które nie. Po pierwsze, jest tabelka, jak dużo osób to obejmuje, a po drugie doświadczenie prof. Kostki. Dlatego prosimy o komentarz pana dyrektora.

Ekspert prof. dr hab. Tomasz Kostka:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, jak kilka osób jeszcze tutaj jestem tzw. liniowym geriatrą, czyli na co dzień zajmuję się seniorami i na oddziale, i w poradni.

Z całą pewnością najmniejszym kosztem, który dałoby się szybko zrobić to rozszerzenie kompetencji oddziałów internistycznych poprzez zatrudnienie geriatrów. Co drugi geriatra w Polsce nie pracuje w tej specjalności, bo mu się to po prostu nie opłaca. Lepiej być diabetologiem czy kardiologiem. Taka jest prawda. Wtedy skoordynowanie i kumulacja tych działań, które robimy na oddziale geriatrii, czyli jeżeli przychodzi pacjent z chorobą Parkinsona, to my to leczymy, jeżeli przychodzi pacjent z depresją, to my to leczymy. Wiadomo, jak nie ma myśli samobójczych, to psychiatra nam nie jest potrzebny, nie trzeba tego psychiatry fatygować i koszty są o wiele mniejsze. Nie możemy leczyć chorobami, bo wtedy 70% seniorów ma nadciśnienie tętnicze, więc musielibyśmy zrobić system koordynowanej opieki w nadciśnieniu tętniczym w Polsce, tak jak to się próbuję robić w innych chorobach, tylko skoncentrować się na leczeniu większości chorób w jednym miejscu. Choroby tarczycy możemy leczyć, jeżeli endokrynolog jest potrzebny to potrzebny, ale najczęściej dajemy sobie radę i podstawowe rzeczy jesteśmy w stanie zrobić. Proszę państwa, w przypadku medycyny ambulatoryjnej dla mnie takim przykładem od lat jest diagnostyka i leczenie osteoporozy. Seniorzy stoją w kolejkach do badania densytometrycznego, skierowani do poradni endokrynologicznej czy ortopedycznej. To badanie to nie jest żadna wielka filozofia, kosztuje kilkadziesiąt złotych i na tej podstawie możemy wdrożyć leczenie i każdy lekarz, który ma trochę wiedzy może ją wykorzystać i to leczenie wdrożyć. Jest to od razu likwidacja kolejek w dużym stopniu związanych z jakimś schorzeniem i kumulacja leczenia w jednym miejscu.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Proszę państwa, mamy trochę slajdów tzw. rezerwowych. Zobaczcie państwo na wielochorobowość. Przeciętnie Polak 60+ ma 3 choroby. Polipragmazja w Stanach Zjednoczonych, efekty niepożądanych działań łączenia leków od 5–6 specjalistów są niekiedy dramatyczne. Kolejnym takim elementem do wprowadzenia jest ten wykres na dole. Połączenie z geriatrą i z opieką społeczną oraz opieka farmaceutyczna. Wprowadzenie opieki farmaceutycznej dla bezpieczeństwa chorych i uniknięcia tych działań. Nawet myślę, że jakiekolwiek koszty na pewno zostaną zrównoważone z kosztami działań niepożądanych, więc tutaj gdzieniegdzie można nawet znaleźć obszary, gdzie będą oszczędności. Czy ktoś z państwa, pan prof. Błędowski, pani prof. Wieczorowska-Tobis, chcieliby skomentować pytanie pani przewodniczącej?

Stały doradca Komisji prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Może tylko powiem, że opieka farmaceutyczna jest w tej chwili wdrożona. Jest pilotaż przeglądów lekowych prowadzony przez Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu, który jest szpitalem uniwersyteckim Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Pilotaż, część pilotażu, ta wdrożeniowa kończy się 30 listopada. W założeniu pilotażu było przebadanie co najmniej 750 pacjentów. Wiemy już na pewno, że tylu pacjentów mamy przebadanych, czyli mamy sukces tego pilotażu. Mam takie wrażenie, że ponieważ ci farmaceuci na bieżąco konsultują swoich pacjentów z ekspertami realizującymi też ten projekt, to widzimy, że zmniejsza się ta wielolekowość w wyniku tych interwencji. Więc myślę, że to rzeczywiście jest obszar, który już jest i który mamy nadzieję, że będzie bardzo ładnie się rozwijał. Prowadzone są rozmowy z ministerstwem w taki sposób, że dalsze kroki zależą od wyniku tego pilotażu, a ostateczne pierwsze wyniki będą przedstawione w styczniu. Sądzę, że to jest na dniach.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję za tę informację.

Panie profesorze, chyba nie jest tak do końca, że chodzi tylko o przekonanie ministra finansów, bo to co państwo zaproponowaliście jest ogromną zmianą. Tak jak powiedziałam, zmiana systemowa dotykająca kilka resortów i to na pewno będzie proces. Ważne są, sam pan profesor był łaskaw wspomnieć, uwarunkowania prawne. Nie możemy też działać wbrew prawu, ale bardzo dziękuję.

Pani profesor odpowiedziała już na pytanie, które chciałam zadać, kiedy będziemy mogli na posiedzeniu Komisji uzyskać informację odnośnie do tego pilotażu. Dziękuję, że pani o tym wspomniała, bo cieszy to, że już mamy taką informację, że ta wielolekowość się zmniejsza. Rozmawiamy o tym bardzo często na posiedzeniach, pamiętam jeszcze w poprzedniej kadencji Sejmu podejmowaliśmy tematykę polipragmazii. Ważnym jest, że to zjawisko się zmniejsza, to na pewno nikt z nas nie oczekuje tego, iż to się stanie z dnia na dzień, bo to jest niemożliwe, nierealne. Jednak, jeśli jest jakiś postęp, to bardzo to cieszy. Poprosiłabym panią profesor, żebyśmy mogli za pani pośrednictwem zapewne również taki punkt w kolejnym roku kalendarzowym do prac Komisji włączyć informację na temat tego pilotażu.

Poproszę o zabranie głosu pana ministra Waldemara Kraskę. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodniczącej. Przechodzę do podziękowań dla całego zespołu za tę ciężką pracę, bo rzeczywiście to co uzyskaliśmy od państwa jest kopalnią wiedzy i grzechem byłoby tego nie wykorzystać w przyszłości. Myślę, że to kolejne badanie, bo kontempluję, że będzie trzeba je kontynuować, PolSenior 3 będzie na pewno w tych odstępach czasu kontynuowane, ponieważ widzimy, że to niesie dobrą wartość dodaną, iż możemy porównywać pewne grupy i na bieżąco monitorować stan zdrowia osób starszych.

Wielokrotnie wybrzmiało tutaj, jeżeli chodzi o dostęp do tej informacji o pozyskiwanie danych w wielu miejscach. Ona na pewno jest, ale musimy sobie zdawać sprawę, że nawet w tym badaniu, które było przeprowadzane wiele osób wyrażało zgody na to badanie, ale niestety nie wszyscy zgadzali się na przetwarzanie tych danych. Niestety RODO w jakiś sposób nas ogranicza i na tą chwilę tego nie przeskoczymy. Na pewno te dane są bardzo dobre, ale aspekty prawne są takie jakie są.

Opieka geriatryczna jest bardzo ważną opieką i doskonale wiemy, że pacjent w wieku starczym jest pacjentem z wielochorobowością. Rzeczywiście powinna być jedna osoba, która nad tym czuwa i scala cały proces terapeutyczny. Czy uda nam się pozyskać tylu geriatrów, aby było wielu nowych specjalistów, aby utworzyć tyle oddziałów geriatrycznych? Być może – nie. Uważam, że ta droga, którą także wskazał pan profesor jest drogą, którą chyba powinniśmy na tą chwilę podążać, czyli oddziały w szpitalach, oddziały wewnętrzne chorób wewnętrznych powinny jednak być zasilone osobami z przygotowaniem geriatrycznym, bo to jest ważne. Aczkolwiek także to co było powiedziane o ortopedii, bo także w wieku starczym łatwo dochodzi do różnych urazów, upadków, wielokrotnych złamań i to, że niejednokrotnie właśnie osoby starsze są dyskredytowane

od leczenia operacyjnego, które umożliwi im odtworzenie swojej aktywności fizycznej. Niestety będzie generowało to nowe koszty. Sądzę, że jest tu odpowiedź na to, abyśmy szli w tym kierunku. Na pewno tańsza jest, ale myślę, że dla osoby starszej lepsza jest opieka ambulatoryjna, opieka jednodniowa. Wiemy, że pacjenci w wieku starszym źle znoszą pobyty w szpitalu, są to miejsca, gdzie oni są oderwani od tego własnego środowiska, od osoby bliskiej i to niestety czasem potęguje objawy chorobowe, więc myślę, że pójście tą drogą i tzw. jedniodniówek oraz wykonania części badań ambulatoryjnie, a nie w czasie pobytu w szpitalu jest istotne. Wniosek, który wypływa z tego badania na pewno weźmiemy pod uwagę.

Zmiany organizacyjne tu, czyli połączenie działań dwóch właściwie ministerstw, czyli Ministerstwa Zdrowia i opieki społecznej. W tym momencie chcemy także, to jest jeden z kamieni milowych KPO, złączyć te dwie ścieżki. Niejednokrotnie robimy coś innego, czasem nawet są to rzeczy podobne, ale te pieniądze może nie są do końca wykorzystywane w taki sposób jakbyśmy chcieli. Wiemy doskonale, że te działania, które trzeba podejmować, trzeba podjąć już teraz. Mamy świadomość, że za kilkanaście lat będzie za późno. Wiemy, że ten proces trzeba zapoczątkować, aby za kilkanaście lat, kiedy przybędzie nam seniorów opieka była zdecydowanie lepsza. To jest to, co także państwo podajcie w swoich rekomendacjach. Opieka czasem osoby starszej, żeby nie angażować osób w wieku produkcyjnym, aby ten czas, kiedy jesteśmy w pracy wykorzystać na pracę, a żeby była jakaś instytucja, która się tą osobą starszą zajmie. Nie zawsze to musi być osoba nastawiona na pomoc medyczną, czasem wystarczy rozmowa, to bycie, zajęcie się osobą starszą jest ważne. Te domy, które działały i one jeszcze działają, myślę, że spełniają swoją funkcję i ten kierunek jest dobry.

Pandemia w tych wszystkich złych aspektach spowodowała to, że nasze ucyfrowienie i kontakt w tej chwili już niekoniecznie osobisty z lekarzem specjalistą może być zdecydowanie lepszy. W tej chwili wprowadzamy to w sieci kardiologicznej, żeby nie zawsze lekarz rodzinny musiał wysyłać na konsultację do kardiologa swego pacjenta, mógł ze specjalistą się porozumieć właśnie w sposób telefoniczny czy właśnie przez wideokonferencję. Wiele rzeczy można w ten sposób załatwić i nie trzeba tego pacjenta osobiście fatygować, angażując jak przy osobie starszej pomoc. Prawda są to koszty i jednocześnie duża uciążliwość dla osoby starszej.

Myślę, że także wybrzmiewa wielokrotnie nieprzeceniona rola lekarza rodzinnego. Lekarza rodzinnego, który najczęściej tego pacjenta zna od wielu, wielu lat, wie, jak go prowadzić, wie, jak go leczyć. To, że niejednokrotnie osoby starsze odwiedzają wielu lekarzy specjalistów i czasem, jako lekarz pracując w karetce takiego pacjenta zabierałem do szpitala, to dwie torby zawierały leki, czasem zupełnie z sobą niewspółgrające, czasem wzajemnie się wykluczające, ale nie ma też tego przepływu informacji między specjalistami. Uważam, że to, iż w tej chwili mamy elektroniczne konto pacjenta i lekarz rodzinny ma wgląd do leków, które pacjent otrzymuje pewnie zdecydowanie uprości i ułatwi to, że te leki mogą być w jakiś sposób przez lekarza rodzinnego, ale także i przez farmaceutę… Sądzę, że pójście z tą przysłowiową reklamówką leków do apteki i prośba o rozdzielenie przez farmaceutę tych leków, które są i powinny być przyjmowane przez pacjenta, które się dublują niejednokrotnie. Także suplementy diety, ale to oddzielna sprawa. Jest to naprawdę potężny rynek biznesowy. Ostatnio obserwujemy reklamy w telewizji, pracujemy nad tym, aby jednak w jakiś sposób to ograniczyć, żeby jednak nie było przeświadczenia szczególnie osób starszych, że bierzemy lek, który nas praktycznie uzdrowi i mamy 18 lat, biegamy maratony itd., bo tak ta reklama czasem niestety dociera.

O centrach już może mówiłem. Rzeczywiście jest to jakiś pomysł. My w tym projekcie prezydenckim chcemy także angażować geriatrów do tego modelu, gdzie pacjent także miałby nie tylko opiekę czysto medyczną, ale myślę, że rehabilitacja i w miarę szybki dostęp do rehabilitacji jest bardzo ważny. Tak jest dla osób starszych, bo niejednokrotnie to pozwala im wrócić do tych zwykłych aktywności i być samodzielnym. Chcemy, aby długość życia Polaka i Polki była jak najdłuższa a jednocześnie była jak najdłuższa w zdrowiu, bo każdy z nas chciałby dożyć tego wieku senioralnego, ale w takim komfor-

cie, aby nie być ciężarem ani dla siebie, ani dla swoich bliskich. Dlatego uważam, że te cele są nam wszystkim bardzo zbliżone.

Dlatego pani przewodnicząca, dziękuję za temat dzisiejszej Komisji. Myślę, że to jest bardzo ważne. Z wielką radością przychodzę na komisję senioralną, bo każdy kiedyś będzie seniorem. Patrzę tu na pana posła Szczerbę, który jest bardzo młodym człowiekiem, ale też kiedyś będzie starszy. Myślę, że to dobrze, że w tej Komisji nie uczestniczą tylko osoby starsze, ale także młode. Sądzę, że to jest nasze wspólne myślenie o tej przyszłości. Czasem wydaje się dla nas odległej, ale ten czas bardzo szybko leci. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Panie profesorze, jeszcze są pytania, to za chwilę.

O głos poprosił pan przewodniczący Michał Szczerba. Bardzo proszę, a potem pan przewodniczący Filip Kaczyński.

Poseł Michał Szczerba (KO):

Panie ministrze, szanowni państwo szczególnie reprezentujący zespół PolSenior 2. Pan minister z komplementem, więc ja też z komplementem. Odwzajemniam się.

Dlatego, po pierwsze, chciałbym powiedzieć, że to są bardzo sensownie, świetnie wydane środki MZ 11 mln zł. Te rekomendacje pokazują, że warto było i że są elementy, które są pewnego rodzaju kontynuacją, bo przypominam sobie pierwsze posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej wtedy, kiedy ją zakładaliśmy w maju 2014 r., a więc pierwszą rzeczą, o którą poprosiliśmy to były wyniki PolSeniora pierwszego i był obecny pan prof. Piotr Błędowski, który w imieniu państwa te rekomendacje również prezentował. Uznanie dla zespołu, ale też dla pana prof. Zdrojewskiego i wszystkich uczestników prowadzących te badania. Również dla MZ, bo tak jak pan w tym dokumencie krótkim przedstawił, to badanie wyczerpuje jakby dwa cele. Jeden cel, który sobie założyliśmy w ustawie o osobach starszych, czyli przypisaliśmy rządowi obowiązek monitorowania sytuacji osób starszych i to badanie wyczerpuje ten pierwszy element, ale oczywiście jest również ustawa o zdrowiu publicznym i to też jest element realizacji tejże ustawy.

Co chciałbym jeszcze powiedzieć? Przede wszystkim to, że musimy się z tym dokumentem zapoznać, bo on jest obszerny. Ale te pierwsze rekomendacje pokazują, że jest bardzo dużo do zrealizowania. Mnie bardzo zaciekawiły, również zaciekawił ten rozdział, który dotyczy rekomendacji prawnych, bo czy rekomendacje prawne od strony 50 do 52, a w szczególności wtedy, kiedy przygotowywaliśmy blisko 10 lat temu ustawę o osobach starszych, wtedy ustaliliśmy wiek osoby starszej na poziomie 60 lat. Być może jest też tak ze względów zwiększającego się okresu życia człowieka, kobiety, mężczyzny w Polsce. Warto rozpocząć dyskusję, nie tylko jak uszczegółowić ustawę o osobach starszych, która była w naszym rozumieniu pewnym początkiem, ale również być może potrzebna jest dyskusja na temat tego, jaki jest właściwy wiek, kiedy możemy osobę uznać za osobę starszą. Również ten cel, który państwo wskazaliście, żeby powiązać to ściśle z różnymi rodzajami, z różnymi projektami polityk publicznych chociażby w zakresie finansowania czy dofinansowania do leków. Mówiąc wprost, one są niespójne.

Rzecz, na którą chciałbym również zwrócić uwagę, to jest kwestia bardzo ważna, czyli coraz częściej występujące zaburzenia funkcji poznawczych. Na pewno mnie interesuje czy w rekomendacjach, które państwo sformułowaliście znajdują się też programy dotyczące chorób otępiennych, czy ogólnie mówiąc chorób mózgu. Czy to powinien być ważny obszar aktywności analitycznej, badawczej, ale również związanej z konkretnymi projektami?

Gdzieś tam mi w tym materiale pana ministra również pokazała się ABM, czyli Agencja Badań Medycznych. Bardzo życzyłbym sobie, panie ministrze, pani przewodnicząca, żebyśmy zaprosili kiedyś szefa ABM i żeby nam przedstawił jakie programy badawcze są finansowane ze środków publicznych, a dotyczą obszaru starzenia się społeczeństwa czy też tych chorób, które są ściśle powiązane z wiekiem. Myślę, że taki postulat bym zgłosił.

Chciałbym zwrócić uwagę również na to, że jest bardzo dobry dokument, który wytworzył zespół rzecznika praw obywatelskich prof. Wiącka, czyli takie rekomendacje

po pandemii, po czasie pandemii. Myślę, że one też są bardzo ważne. O tym wspominał pan prof. Błędowski, że potrzebny jest bilans tego okresu i wyzwań. Czekamy też na raport NIK, który będzie też całościowo analizował kwestie okresu pandemii.

Konkludując, uważam że rekomendacje PolSeniora powinny być integralną częścią informacji rządu na temat sytuacji osób starszych, bo stanowią ważny element poznawczy, a dla nas, dla polityków, będą stanowiły niewątpliwą inspirację. Bardzo dziękuję za tę pracę.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, pan przewodniczący Filip Kaczyński.

Poseł Filip Kaczyński (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, oczywiście również chciałem bardzo serdecznie podziękować za to szerokie, bardzo szczegółowe opracowanie.

Chciałem się skupić tutaj krótko na jednym wątku, który też poniekąd poruszył pan przewodniczący Szczerba. Szanowni państwo, na stronie 82 czytamy właśnie o chorobach otępiennych i na podstawie badań u 16% osób w wieku 60 lat i więcej, aż taki procent tego typu zaburzeń poznawczych może występować, zaś łagodne zaburzenia u kolejnych 17%. Oznacza to, że w Polsce populacja seniorów z podejrzeniem otępienia może dotyczyć nawet 1,5 mln osób, w tym 130 tys. w stopniu ciężkim. Szanowni państwo, w tym miejscu należy wspomnieć o kampanii, którą prowadziło MZ. Chciałbym bardzo serdecznie podziękować za tę kampanię, która od lipca, z tego co dobrze pamiętam przynajmniej była ogłoszona, konkurs. Wiem, że za wcześnie, żeby pytać jeszcze pana ministra o skutki, jeśli chodzi o kwestie profilaktyki czy poprawy kwestii profilaktyki wynikającej z tej kampanii. Jednak chciałem zapytać czy tego typu pomysły ministerstwo widzi, żeby stosować również w przyszłości? Czy są ewentualnie jakieś inne tego typu pomysły albo właśnie, aby zadbać profilaktykę, jeśli chodzi o choroby otępienne i chorobę Alzheimera? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję.

Czy ktoś z państwa posłów jeszcze chciałby zabrać głos? Nie widzę, nikt się nie zgłasza.

W takim razie poproszę, panią dr Elżbietę Ostrowską.

Przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów dr Elżbieta Ostrowska:

Dziękuję bardzo. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, szanowni państwo profesorowie, proszę mi pozwolić na trochę osobistą wypowiedź. Otóż tak się złożyło, że wczoraj uczestniczyłam w IV Konwencie Rad Seniorów Mazowsza. To jest takie coroczne zgromadzenie przewodniczących i członków rad senioralnych z kilkudziesięciu gmin na terenie Mazowsza. Około 100 osób spotyka się co roku, aby wymienić doświadczenia i wypracować kierunki dalszych działań w zakresie zwiększania dobrostanu seniorów w swojej gminie. Poproszono mnie o przedstawienie aktualnych problemów osób starszych w Polsce. Muszę powiedzieć, że przygotowując się do tego spotkania i wystąpienia zapoznałam się również z dostępnym w internecie raportem PolSenior 2. Ponieważ miałam wiedzę o tym raporcie, był on skrótowo co prawda omawiany na ostatnim posiedzeniu Rady Polityki Senioralnej. Muszę państwu powiedzieć, że wśród zebranych na sali były osoby oczywiście starsze, ale względnie młode, względnie zdrowe, względnie samodzielne, aktywne, zaangażowane w życie publiczne. Z tych różnych problemów, które omawiałam, a mówiłam i o sytuacji ekonomicznej, i o dostępności czy może o braku dostępności, o wielu innych problemach. Największe zainteresowanie sali, największe ożywienie, najwięcej pytań i rozmów, potem również już w czasie przerwy wywołały problemy związane z ochroną zdrowia. Informacje, które dzięki raportowi mogłam przytoczyć, to wszystko co mówiłam o sytuacji zdrowotnej seniorów wywołało ogromne poruszenie, co jest zrozumiałe. Osoby starsze nawet jeśli cieszą się jeszcze względnym zdrowiem i względną sprawnością mają albo własne już doświadczenie, albo widzą wśród

bliskich problemy związane z uzyskaniem pomocy lekarskiej w różnych sytuacjach zdrowotnych, które seniorów spotykają. To co mi mówiono, na co się ludzie szczególnie skarżyli to: długie terminy oczekiwania na wizytę u specjalistów i na badania specjalistyczne. Proszę państwa, nie będę oczywiście powtarzała szczegółów, ale mówiono mi, podawano przykłady, kiedy na konkretne badanie specjalistyczne ktoś tam został zapisany na rok 2025. Przypominam, mówimy o osobach starszych.

Zwracano też uwagę na to, o czym tutaj panowie mówili, co jest podkreślane w raporcie. Takie odsyłanie pacjenta od jednego specjalisty do drugiego. Panie profesorze, pan powiedział takie piękne zdanie, że radzimy sobie z wieloma chorobami niekiedy na poziomie światowym, ale nie radzimy sobie z pacjentem i chyba rzeczywiście takie odczucie mają pacjenci. Przy czym to nie jest tylko kwestia, że kolejni specjaliści przepisują kolejne porcje leków bez uwzględnienia tych, które przepisali inni specjaliści. To jest również kwestia, że starszy pacjent, starsza osoba zwłaszcza zamieszkująca gdzieś w gminie wiejskiej, gdzie nie ma komunikacji publicznej to dla niej dojazd do kolejnego specjalisty jest problemem, po prostu jest to brak dostępności fizycznej. Ona ma wizytę, ale ma ogromny problem z dotarciem do ośrodka oddalonego niekiedy o kilka czy kilkanaście kilometrów. To zagubienie pacjenta, to znaczy ta, przepraszam bardzo, opieka medyczna w odczuciu starszego człowieka staje się coraz bardziej zamkniętym światem, w którym nikt pacjentowi, nikt tej starszej osobie nie mówi, jak będzie leczony, jak będzie przebiegała cała terapia, co go czeka. On czuje się tam takim pionkiem przesuwanym, tak od jednego lekarza do drugiego. Proszę wybaczyć jest to pewnie niesprawiedliwe wobec całego szeregu lekarzy, którzy pracują z ogromnym oddaniem. Niemniej zwłaszcza w przypadku starszego pacjenta potrzebującego jednak kontaktu bezpośredniego, potrzebującego czasem trochę dłuższej rozmowy, żeby opowiedział o tych wszystkich swoich chorobach i o tym co go trapi, lekarz, który ma 10 minut na pacjenta naprawdę nie jest w stanie mu takiej uwagi poświęcić i zapewnić takiej opieki, której on by oczekiwał. Stąd to poczucie zagubienia, nie tylko z uwagi na to przesuwanie między różnymi specjalistami.

Żeby nie zakończyć takim bardzo pesymistycznym akcentem. Chciałam powiedzieć, że również w toku tych wczorajszych rozmów słyszałam wiele opowieści o wspaniałych lekarzach, którzy pochylają się jednak zwłaszcza nad tą starszą osobą i próbują jakoś tę ścieżkę mu pokazać, jak ma się poruszać.

Jeśli można, to chciałbym też powiedzieć i ponieważ już na poprzedniej Komisji, na chyba dwóch poprzednich mówiliśmy o nadmiarze leków i suplementów, które starsze osoby przyjmują. Rzeczywiście myślę, że taki koktajl leków przepisanych przez kilku różnych specjalistów doprawiony jeszcze suplementami, do nabycia których zachęca reklama, że to wszystko przyjmowane przez starsze osoby pewnie nie tylko nie służy zdrowiu, ale wręcz przeciwnie – może temu zdrowiu zaszkodzić. My wspólnie, mówię o Polskim Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, wspólnie z „Głosem Seniora” podjęliśmy taką akcję namawiania aptek, żeby były specjalnie oznaczone apteki, w których senior może przyjść ze swoją listą leków, chociażby z tym dowodem seniora, o którym też kiedyś na Komisji mówiłam, gdzie może te wszystkie przyjmowane leki wpisać i poradzić się co z tego przyjmować, może z czegoś zrezygnować, może ten suplement nie jest taki dobry jak mówiła reklama i niekoniecznie trzeba go kupować i spożywać. Myślę, że taka akcja to jest taki drobny nasz wkład, nasz seniorów w poprawę naszego własnego zdrowia.

Natomiast już kończąc. Pragnę bardzo podziękować całemu zespołowi, który opracował raport. Muszę powiedzieć, że chyba jeszcze nigdy moje wystąpienie nie spotkało się z tak ogromnym zainteresowaniem, a to dzięki temu, że mogłam posłużyć się informacjami, które przeczytałam w raporcie. Bardzo dziękuję w imieniu własnym i seniorów, którzy mieli okazję tego wysłuchać i mam nadzieję, że jeszcze wysłuchają, bo zamierzam, pytano i proszono mnie również o dalsze wystąpienia i prezentację tych materiałów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani doktor. Pani doktor poruszyła coś, co trzeba nazwać czynnikiem ludzkim niestety. To jest jedna kwestia. Może pomysł połączenia czy współpracy tych dwóch resortów, czyli zdrowia i resortu rodziny i polityki społecznej może osoba, która

byłaby takim asystentem seniora w tym centrum opieki senioralnej, to byłby niekoniecznie lekarz, który wyjaśni co się dzieje i jaki dalszy przebieg leczenia, jakie kolejne kroki. Być może to też jest potrzebne.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pan Jerzy Płókarz.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo jako reprezentant społecznej organizacji ratowniczej chciałbym również nisko się kłaniać. Dziękuję za olbrzymią pracę i doskonałe opracowanie tych wszystkich wniosków.

Chciałbym się jednak skupić na takim krótkim aspekcie, bo albo zauważyłem pewną sprzeczność, albo po prostu czegoś nie zrozumiałem. Pan profesor mówił o bardzo cennym aspekcie, że lekarz rodzinny ma być koordynatorem i wydaje się to być oczywiste i bardzo potrzebne, bo to co zresztą tutaj i pan minister mówił oraz przedmówcy, że senior udaje się do różnych specjalistów, w efekcie ma zapisaną reklamówkę najróżniejszych leków, to może nie kończyć się dobrze dla tego seniora. Jednak równocześnie, bo zostało powiedziane coś takiego i pamiętam, że przeglądając państwa opracowanie przed posiedzeniem Komisji centrum monitorowania, centrum opieki i tu padło stwierdzenie, że to właśnie połączenie opiekuna, nie jako socjalnego, który ma seniorowi wskazywać. Przestrzegałbym przed tym i proponował to rozważyć jeszcze raz. Jednak koordynacja leczenia, koordynacja działań medycznych, jak i pewne wytłumaczenie powinno w naszej ocenie i to nie tylko społecznych ratowników, ale i wielu lekarzy, których zrzeszamy, powinno jednak być w gestii lekarza rodzinnego, nie koordynatora czy opiekuna pod kątem opieki socjalnej. Taki opiekun może ułatwić seniorowi kontakt z lekarzem, może też ułatwić na zasadzie niwelowania wykluczenia cyfrowego, telekonferencje, ale nie on powinien wskazywać co dalej, gdzie iść do jakiego specjalisty się udać, tylko powinno to być wyłącznie w gestii lekarza rodzinnego. Cudownie byłoby jakby on był jednocześnie geriatrą, co państwo profesorowie tutaj zauważyli, że taki model w ochronie zdrowia byłby bardzo cenny. Przestrzegam właśnie przed takim rozwiązaniem.

Jednocześnie chciałbym zwrócić uwagę na pewien aspekt. Pojawiają się aspekty właśnie telemedycyny, która de facto jest bardzo ciekawa, ułatwia i stwarza szersze możliwości diagnozowania pacjenta, ale telemedycyna oparta o urządzenia certyfikowane i to nie gdzieś w Chinach, tylko certyfikowane urządzenia. Gdzie certyfikat stwierdza, że wyniki podawane przez to urządzenie nadają się do diagnozowania pacjenta. Bo w tej chwili to co obserwujemy np. w tzw. firmach teleopieki, które naśladują działalność stworzonej przez nas sieci życia, to zakładają ludziom gadżety, które pokazują wyniki z nieba i przekonują starszych seniorów o tym, że mogą na tych gadżetach oprzeć swoje bezpieczeństwo. Efekt jest taki, że opiekunowie stwierdzają, że pacjentka się bardzo źle czuła to jej opaska pokazywała 130 na 80, a po zmierzeniu aparatem do ciśnienia wyszło 180 na 110. Przekonanie, powiedzenie temu człowiekowi, że o taki gadżet może oprzeć swoje bezpieczeństwo i przekonanie go i jego rodziny może skończyć się tragicznie. Zastanawiamy się czy nie poprowadzić takich badań, bo zgłaszają się do nas, mamy jakąś grupę osób zapisaną w sieci życia, dla których kupiono tego typu urządzenia. Zastanawiamy się, czy nie zrobić takiego badania nawet na potrzeby MZ tych przypadków, gdzie nastąpiły zgony. Bo oparcie wyłącznie na przekonaniu, tu zawsze mówię w ten sposób, że dawniej babcia jak wiedziała, że jest sama i że może zapaść nastąpić w nocy, to kładła się spać z tłuczkiem do mięsa czy do kartofli. Kiedy zaczynało ją dusić to tym młoteczkiem czy tłuczkiem tłukła w ścianę do sąsiadów, że z nią się dzieje coś złego. W tej chwili, jeżeli przekonamy błędnie, że przy pomocy gadżetu, który nie ma żadnego certyfikatu, urządzenia dopuszczającego to urządzenie do stosowania w zakresie bezpieczeństwa przekonamy mylnie babcię czy dziadka, że na tej podstawie już jest bezpieczna i skutecznie zapewni to jej pomoc, a tej pomocy nie będzie, tymczasem ona już nie położy koło łóżka tego tłuczka do mięsa, żeby zapukać do sąsiadki. Może się skończyć tragicznie. Naprawdę prosiłbym, żebyście państwo profesorowie zwrócili na to uwagę. Oczywiście nasza organizacja służy, jeżeli oczywiście uznacie państwo, że możemy się do czegokolwiek przydać. Mamy tę kilkudziesięcioletnią praktykę pod względem logistyki działań takich właśnie niesienia pomocy osobom starszym. Mamy też szereg lekarzy, od lekarza

specjalisty do profesora nauk medycznych i służymy jakąś konsultacją. Może jakąś tam kropelkę możemy podpowiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy pan minister, ponieważ padły pytania, czy pan zechciałby się odnieść i odpowiedzieć? Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Bardzo krótko. Pani przewodnicząca, dziękuję bardzo. Choroby otępienne stanowią wielki problem i ta kampania, która jest w tej chwili będzie kontynuowana, ale ona jest skierowana nie tylko do osób tzw. cywilnych, czyli do rodzin tych pacjentów czy też przyszłych pacjentów, ale myślę, że także do służby zdrowia, bo niejednokrotnie jest to bagatelizowane i trochę składamy na kartę tego, że osoba starsza to tak jak zapomina, tak pewnie musi być i pewne rzeczy nam umykają. Dlatego sądzę, że wiedza o tym, że to w miarę wcześnie rozpoznanie może dawać szansę na wyleczenie i na egzystencję tego pacjenta, szczególnie że to jest duży problem. Pacjent, który jest czasem fizycznie zdrowy jednak jego egzystencja jest tutaj bardzo utrudniona. Myślę, że to jest wyzwanie i to dostrzegamy. Uważam, że ta kampania, która jest kampanią docierającą do ludzi pokazuje, że wokół nas żyją takie osoby i żeby na to zwrócić uwagę.

Nie zgodziłbym się, że koordynatorem musi być lekarz rodzinny. My w czasie pilotażu sieci onkologicznej wprowadziliśmy koordynatora, który nie jest lekarzem, który prowadzi tego pacjenta czasem przez ten rzeczywiście zawiły system ochrony zdrowia. Nie jest jego rolą układanie planu leczenia, diagnostyki czy też rehabilitacji. Tylko po prostu informacja w jakim momencie jesteśmy, kiedy się ma zgłosić na kolejne badania, na kolejne konsylium, do jakiego szpitala, na kiedy. Ten pacjent i to wyszło z naszej ankiety. To pacjenci, którzy wypełniali ankiety satysfakcji po leczeniu onkologicznym prawie w pierwszych momentach podkreślali, że to jest dla nich bardzo ważne. On po prostu czuje, że ktoś o nim myśli, ktoś go przez ten system prowadzi. Myślę, że tutaj także przy osobach starszych taki system można by prowadzić. Myślę, że razem z ministerstwem rodziny taka osoba, konkretnie przypisana do tej osoby starszej czasem nawet te kilka minut czy kilkanaście minut rozmowy jest wielką wartością, żeby ta osoba widziała, że może się do kogoś zwrócić, że ktoś może nią pokierować.

Teleinformatyka, od tego nie uciekniemy. Pandemia pokazała, że pewne rzeczy, które wydawały nam się przed pandemią nie do przejścia, że to jest jakaś odległa przyszłość, w tej chwili tych narzędzi używamy i myślę, że zresztą cały świat boryka się z problemami kadrowymi. Sądzę, że telemedycyna, oczywiście umiejętnie stosowana i z głową na pewno pomaga w leczeniu i w opiece nie tylko nad osobą starszą. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Chcę jeszcze raz... Przepraszam, pan profesor Tomasz Zdrojewski prosił jeszcze o głos. Bardzo proszę.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo bardzo cenne wątki, które państwo poruszyli i bardzo się cieszę, że możemy rozmawiać z przedstawicielami różnych organizacji takie jakie państwo reprezentują. Bardzo się ucieszyliśmy na konferencji u rzecznika praw obywatelskich i tutaj kieruję podziękowania do całego zespołu PolSenior 2, że pierwsze 114 stron tego raportu to tak naprawdę jest raport o sytuacji zdrowotnej, społecznej Polaków, ale także geriatrii, gerontologii w Polsce. Na konferencji u rzecznika praw obywatelskich praktycznie wszyscy przedmówcy korzystali właśnie z tych 114 stron. To jest świetne kompendium wiedzy, do tego zachęcam.

Druga sprawa to pełna zgoda z panem przewodniczącym Szczerbą, że byłoby dobrze, gdyby PolSenior 1 był takim stymulantem. Ustawa o osobach starszych to bardzo ważny dokument z 2015 r., który dał kolejny impuls i teraz ten PolSenior 2 naprawdę trzeba wykorzystać. Traktujemy to badanie jako zadanie zlecone przez ministra zdrowia, ale także jako naszą misję. Naprawdę liczcie na nas, że będziemy bardzo chcieli dalej pro-

mować te wszystkie sprawy, które tutaj wprowadziliśmy, proponujemy. A propozycja, jaki powinien być wiek 60 czy 65 czy 70 lat, to taką dyskusję odbywamy oczywiście we własnym gronie. Teraz nie chcę przedłużać, ale chciałbym państwa poprosić jeszcze o cierpliwość w dwóch sprawach.

W zespole jest prawnik, pan mecenas Adrian Lange, który zajął się nierównościami w zdrowiu i dr Hanna Kujawska, która niezwykle ciężko pracowała i przeprowadziła w tym czasie projekt, który realizował niektóre z tych zaleceń. Właśnie zakończyła pilotaż projektu centrum senioralnego. Chciałbym, żeby koledzy mieli możliwość i państwo cierpliwość wysłuchania jeszcze dwóch dosłownie 2–3 minutowych wypowiedzi.

Pierwsza dotyczy nierówności w zdrowiu. Otóż to jest przecież w XXI w., jak gdyby sztandar wszystkich systemów zdrowia, oceny jak państwo reaguje na nierówności w zdrowiu, ale najpierw musimy mieć je opisane. W 2011 r. w gronie kilku osób, które są na sali opisaliśmy jako pierwszy kraj spoza starej unii właśnie nierówności zdrowia w Polsce wydane pod egidą WHO w Kopenhadze. Chciałem państwu z zadowoleniem, dumą powiedzieć, że to nie chodzi o to, że to co pokażę za chwilę Adrian Lange to będą spektakularne wyniki, ale tu chodzi o to, że Polska ma analizę nierówności w zdrowiu osób w najstarszym wieku w kraju.

Chciałbym poprosić pana Adriana, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, pana Adriana Lange, żeby państwo pokazali dosłownie cztery slajdy. Gdyby pan powiedział kilka zdań o tym jak te nierówności w zdrowiu, które mamy i ten problem u najstarszych przesuwa się i odwzorowuje na młodsze pokolenia. Gdyby pan mógł, zechciał te 4–5 slajdów krótko zaprezentować, a później pani doktor jeszcze ten ważny projekt i wnioski z pilotażu.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Poproszę uprzejmie, ale faktycznie w takiej formie skróconej.

Ekspert Adrian Lange:

Dobrze. Chciałem przedstawić nierówności w zdrowiu w zależności od czynników społecznych na podstawie wyników badania PolSenior 2. Pojęcie nierówności w zdrowiu opiera się na założeniu, iż nierówności odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia w nowoczesnych społeczeństwach. Nakazem etycznym jest przeciwdziałanie tego typu nierównością, tutaj jest model tęczowy. Na niektóre rzeczy nie mamy wpływu, jak na wiek, płeć, cechy wrodzone, natomiast mamy realny wpływ na pozostałe rzeczy, które są wyszczególnione w tym modelu jak warunki pracy, środowisko, edukacja itd.

Na potrzeby dzisiejszych analiz przedstawię dwie grupy wiekowe kobiet i mężczyzn. Osoby w wieku od 60 do 74 lat kobiety i mężczyźni i grupa starsza 75+. Wybrane problemy zdrowotne będą to: otępienie, depresja, złożone czynności życia codziennego i katalog zachorowań ciężkich. Pod lupę wzięliśmy osoby z najniższym statusem społeczno-ekonomicznym, czyli z wykształceniem podstawowym i złą sytuacją ekonomiczną i zestawiać je będziemy z grupą z najwyższym statusem społeczno-ekonomicznym, czyli wykształceniem wyższym oraz dobrą sytuacją ekonomiczną. Tutaj jest właśnie bardzo ciekawy slajd. Na wykresie po lewej stronie mamy kobiety w wieku 60 do 74 lat i na osi X wybrane problemy zdrowotne, czyli otępienie, depresja, niesprawność, zachorowania ciężkie. Kolor czerwony reprezentuje najniższy status społeczno-ekonomiczny, kolor zielony to jest najwyższy status społeczno-ekonomiczny. Jak możemy zauważyć te dysproporcje są naprawdę duże. Biorąc pod uwagę te skrajne statusy społeczno-ekonomiczne zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Grupa seniorów starszych kobiety 75+, mężczyźni 75+ tutaj te różnice już nie są takie ogromne, ponieważ z racji wieku mamy rozpowszechnienie otępienia, depresji, niesprawności czy zachorowań ciężkich. Jednakże i tak są te różnice zauważalne.

Krótkie przedstawienie równości w zdrowiu, w podziale na wieś i miasto. Wybrane problemy zdrowotne to otępienie i złożone czynności dnia codziennego. Złożone czynności tj. przygotowanie posiłków, jakiś dłuższy spacer, zakupy, telefon. Ogólnie pomiędzy kobietami mieszkającymi na wsi i mieszkającymi w mieście otępienie jest bardziej rozpowszechnione na wsi. Jest to zauważalne, są różnice istotne statystycznie. Ta sama sytuacja też mniej więcej o 10% na wsi jest wyższe otępienie, zaraz powiem, dlaczego

taka sytuacja ma miejsce niż w mieście. Tutaj mamy dwa wykresy. Te wykresy przedstawiają odsetek osób z objawami otępienia w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego. Te różnice między statusem społeczno-ekonomicznym zarówno na wsi, jak i w mieście nie są aż tak bardzo zauważalne. Jest taki trend, który można zauważyć, iż w mieście ten status społeczno-ekonomiczny ma znaczenie. Natomiast nie jest to aż tak bardzo zauważalne. Jeżeli chodzi o niesprawność to też globalnie tak ogólnie na wsi jest ta niesprawność wyższa we wszystkich statusach społeczno-ekonomicznych zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Wnioski z przeprowadzonych badań: poziom wykształcenia i sytuacja finansowa gospodarstwa domowego mają znaczący wpływ na występowanie nierówności w zdrowiu. Większe różnice zaobserwowano wśród młodszych seniorów. Pracownicy ochrony zdrowia, opieki społecznej powinni zwracać szczególną uwagą na grupy z niższym statusem społeczno-ekonomicznym, wnikliwie monitorować stan zdrowia oraz prowadzić edukację prozdrowotną. Niwelowanie nierówności w zdrowiu wśród starszych Polaków wymaga zapewnienia poprawy poziomu edukacji i opieki zdrowotnej na wcześniejszych etapach życia przyszłych seniorów. Niekorzystna sytuacja mieszkańców wsi wobec mieszkańców miast wynika przede wszystkim z liczniejszej jej reprezentacji niższego statusu społeczno-ekonomicznego wśród mieszkańców wsi, czyli tych osób z niższym statusem mieszkających na wsi jest po prostu więcej, a nie miejsce zamieszkania. Dziękuję.

Kierownik projektu PolSenior2 prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękuję. Gratuluję panu tych analiz.

Chcę powiedzieć, że wykształcenie jest główną determinantą pozycji Polaków. Nie to, czy mieszka w mieście czy na wsi, tylko analiza tych wyników pokazuje, że wykształcenie jest zdecydowanie najsilniejszą determinantą. Prezydent Food an Drug Administration Robert Califf, jak państwu pokazałem on w Duke tuż przed nominacją na szefa FDA rozpoczął badania patrząc w modelach biznesowych na brak finansów, czyli typował te 10–20% najgorszych w Północnej Karolinie pod względem statusu społeczno-ekonomicznego i do nich kierował koordynatorów opieki, bo tam zdecydowanie 3–4 razy większe koszty powstawały. To jest też takie nowe spojrzenie. W tym kontekście jeszcze kosztów i opieki pani doktor już bez slajdów, dosłownie w 2–3 minuty podsumuje wyniki pilotażu, pierwszego polskiego pilotażu, który wykonał akurat GUMed.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Jedno słówko, bo pan minister śpieszy się, trwają prace w Senacie. Trochę ten obszar, on jest bardzo interesujący, ale jakby wydłużacie państwo w tej chwili tematykę, ten zakres tematyczny. To jest bardzo interesujące i bardziej może widziałabym kolejne spotkanie, na którym moglibyśmy odbyć. To jest wszystko interesujące. Czy pan minister jeszcze 2 minuty mógłby poświęcić czy już nie bardzo?

To bardzo poproszę panią doktor. Naprawdę w bardzo skrótowej formie.

Ekspert dr n. med. Hanna Kujawska-Danecka:

Dobrze. Powiem tylko, że tutaj opierając się na funduszach unijnych nasz Gdański Uniwersytet Medyczny mógł zrealizować model opieki zintegrowanej. Rzeczywiście współpracowaliśmy w takim modelu lekarz rodzinny, geriatra, specjalista kardiologii i pneumonologii. Bo byli też pacjenci z niewydolnością serca i z POChP. Właśnie byli tacy asystenci pacjenta, którzy dwa razy w miesiącu według określonego scenariusza wizyt spotykali się z seniorem, byli uczeni i przez nas wyedukowani jakie objawy alarmowe, o jakie powinni zapytać. To wszystko było też umieszczone w raporcie. W przypadku pojawienia się wczesnych objawów alarmowych, które mogły sygnalizować rozpoczynające się pogorszenie stanu zdrowia taki pacjent miał przyśpieszoną czy jakby szybką wizytę czy u lekarza rodzinnego, czy u nas jako specjalistów geriatrii. My jesteśmy teraz w trakcie opracowywania wyników tego pilotażu. Nie ukrywam, że też pandemia trochę nam pokrzyżowała plany. Natomiast tak jak prof. Kostka powiedział, że geriatra liniowy wydaje mi się, że to jest ten kierunek działań, w który powinniśmy iść. Wydaje się, że zaangażowaliśmy tutaj akurat do bycia asystentami również seniorów z centrum pracy przy Urzędzie Pracy w Gdańsku, centrum pracy dla seniora. Seniorzy bardziej zdrowi i aktywni wspierali tych właśnie mniej sprawnych i potrzebujących pomocy.

Muszę powiedzieć, że byliśmy pod wrażeniem jak to świetnie działa, aktywizuje tych seniorów, którzy np. w wieku emerytalnym jeszcze cały czas mają ten potencjał intelektualny i zdrowotny, żeby wspierać innych. Kosztowo to jeszcze będziemy analizować, ale nie wydaje się, żeby to było bardzo kosztochłonne, jeżeli zestawimy to potencjalnie np. z wizytami, nie wiem, czy w oddziale ratunkowym, czy hospitalizacją w przypadku niewychwycenia tego pogorszenia stanu zdrowia.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

To o czym pani doktor mówi odsłania kolejne pole do współpracy. Poproszę o przedstawienie tych wyników, gdy już będą gotowe.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję całemu zespołowi badawczemu pod kierownictwem pana prof. Zdrojewskiego za przygotowanie rekomendacji strategicznych. Bardzo dziękuję panu ministrowi Waldemarowi Krasce za przedstawienie informacji ministerstwa w związku z wynikami programu PolSenior 2. Dziękuję wszystkim państwu za głosy w dyskusji. Z całą pewnością jest to nasze pierwsze a nie ostatnie spotkanie.

Dziękuję uprzejmie.

Zamykam posiedzenie Komisji.